



Universidade Do Mindelo

Escola Superior De Saúde

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM- 4º ANO

Trabalho de Conclusão de Curso

Ano Letivo: 2018/2019

Autora: Odális Cabral Araújo, Nº 3947

Mindelo, 2019

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem.

**Importância do enfermeiro na redução do início tardio da consulta
pré-natal**

Discente:

Odális Cabral Araújo

Docente:

Mestre Jerícia Cristina Lopes Duarte

Mindelo, 2019

Dedicatória

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial a minha linda filha, aos meus pais, ao meu namorado e aos meus irmãos, que sempre me compreenderam e apoiaram.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a minha mãe pela dedicação demonstrada desde sempre, ao meu irmão Rony Cleiton porque sem sua ajuda, motivação não conseguiria realizar o trabalho. Agradeço a minha orientadora pelo apoio incondicional oferecido.

Agradeço a Deus por guiar ajudando a superar momentos difíceis com força, coragem e determinação para vencer mais uma etapa da minha vida.

Agradeço aos enfermeiros do Centro de Saúde de Ribeirinha pelo apoio e disponibilidade para responder as entrevistas e dar a sua contribuição para a realização desse trabalho de investigação, e pelas experiências transmitidas durante os poucos dias que estávamos juntos.

Aos docentes da Universidade do Mindelo que me ajudaram na entrega em busca de novos patamares de conhecimento ao longo do curso e experiências partilhadas.

A todas as pessoas que de uma forma direta e indireta me ajudaram na concretização do meu trajeto académico ou da minha vida pessoal, um grandíssimo obrigado do fundo do coração.

Muito obrigada

Resumo

O pré-natal consiste num conjunto de ações que antecedem o parto, onde a prioridade é proporcionar melhor qualidade de vida para mãe como para o bebé. Essa prática deve ser feita o mais cedo possível de modo a prevenir possíveis complicações que podem decorrer ao longo da gravidez acarretando consequências para o binómio mãe filho. Por essa razão esse estudo tem como objetivo geral identificar a importância do enfermeiro na redução do início tardio das consultas do pré-natal. A metodologia escolhida é qualitativa, descritiva, exploratória de abordagem fenomenológica. A população alvo foram os enfermeiros do Centro de Saúde de Ribeirinha tendo usado como instrumento de recolha de informações a entrevista semiestruturada. Os resultados demonstram que os enfermeiros partilham conhecimentos essenciais sobre importância de enfermagem na redução do início tardio do pré-natal, visto que mantêm mais contatos com as grávidas onde demonstram ter um papel importante como informadores, educadores e faz parte das suas intervenções procurar por faltosos. As estratégias utilizadas pelos enfermeiros na redução do início tardio de consulta pré-natal consiste em fazer sessões de educação para saúde, sensibilização no centro e partilhar informações. As dificuldades encontradas pelos enfermeiros na redução do início tardio de consultas pré-natal são adolescente a tentarem esconder a gravidez, múltiparas que realizam uma consulta ou mesmo nem realiza nenhuma consulta de pré-natal e gestantes que não possuem dinheiro para realizar os análises laboratoriais daí não compareçam nas consultas de pré-natal, derivados dessas dificuldades quem sai a perder são as mães, bebés e o sistema de saúde. Concluiu-se que o enfermeiro deverá fazer uma reflexão visto que embora os casos de consultas de pré-natal tardio diminuíram, ainda há mulheres que realizam consultas pré-natal tardio ou mesmo há aquelas que não realizam consultas de pré-natal. É importante a sensibilização quanto a essa problemática de modo evitar complicações.

Palavras-chave: Gravidez, Pré-natal, Cuidados de enfermagem.

Abstract

Prenatal care consists of a set of actions that precede delivery, where the priority is to provide a better quality of life for the mother as for the baby. This practice should be done as early as possible in order to prevent possible complications that may occur throughout pregnancy, with consequences for the binomial mother son. For this reason, this study aims to identify the importance of the nurse in reducing the late onset of prenatal consultations. The chosen methodology is qualitative, descriptive, and exploratory of a phenomenological approach. The target population was the nurses of the Ribeirinha Health Center, having used as a tool to collect information the semi-structured interview. The results show that nurses share essential knowledge about the importance of nursing in reducing the late onset of prenatal care, since they have more contacts with pregnant women, where they have an important role as informers, educators and it is part of their interventions to look for the missing. The strategies used by nurses to reduce the late onset of prenatal consultation consist of sections on health education, awareness raising at the center, and sharing information. The difficulties encountered by nurses in reducing the late onset of prenatal consultations are adolescents trying to conceal their pregnancies, multiparous women who have a consultation or even do not perform any prenatal visits and pregnant women who do not have the money to perform the laboratory tests do not appear in prenatal consultations, derived from these difficulties those who lose are mothers, infants and the health system. It was concluded that the nurse should reflect on the fact that although the cases of late prenatal consultations have decreased, there are still women who perform prenatal consultations late or even there are those who do not perform prenatal consultations. It is important to raise awareness of this problem so as to avoid complications.

Keywords: Pregnancy, Prenatal Care, Nursing Care.

Conteúdo

Introdução.....	Erro! Marcador não definido.
Justificativa e problemática.....	Erro! Marcador não definido.
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
Fundamentação teórica	Erro! Marcador não definido.
Saúde da mulher	Erro! Marcador não definido.
Gravidez	Erro! Marcador não definido.
Anatomia e Fisiologia da Gravidez	Erro! Marcador não definido.
Diagnóstico de uma Gravidez	26
Sinais da Gravidez	Erro! Marcador não definido.
Complicações durante a gravidez	Erro! Marcador não definido.
Hipertensão Arterial.....	Erro! Marcador não definido.
Pré-eclampsia	Erro! Marcador não definido.
Diabetes na gestação	Erro! Marcador não definido.
Anemia por deficiência de ferro	Erro! Marcador não definido.
Síndrome Hemorrágica	Erro! Marcador não definido.
VDRL/ Sífilis na gestação.....	Erro! Marcador não definido.
Hepatite B/ HBSAg na gravidez.....	Erro! Marcador não definido.
VIH na gestação.....	Erro! Marcador não definido.
Infeções Urinárias na gestação	Erro! Marcador não definido.
Pré-Natal.....	Erro! Marcador não definido.
Plano na primeira consulta (Anamnese)	Erro! Marcador não definido.
Exames laboratoriais.....	Erro! Marcador não definido.
Consultas subsequentes.....	Erro! Marcador não definido.
Vacina Antitetânica e difteria na gestante.....	Erro! Marcador não definido.
Cuidados de Enfermagem durante Pré-natal	Erro! Marcador não definido.
Seção de educação para saúde nas gestantes.....	Erro! Marcador não definido.
Teoria de Enfermagem Auto- Cuidado de Orem e Transição de Meleis	Erro! Marcador não definido.
CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA	49
Fase Metodológica	Erro! Marcador não definido.
Tipo de Estudo.....	Erro! Marcador não definido.
Instrumento de recolha de informações	Erro! Marcador não definido.
Campo Empírico.....	Erro! Marcador não definido.
População Alvo.....	Erro! Marcador não definido.

Identificação e caracterização da população alvo.....	Erro! Marcador não definido.
Aspetos éticos do estudo	Erro! Marcador não definido.
CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA	56
Análises dos resultados	Erro! Marcador não definido.
Discussão dos resultados.....	Erro! Marcador não definido.
Considerações finais	69
Sugestões para melhoria.....	71
Referências Bibliográfias	72
Apêndice.....	80
Apêndice I - Cronograma.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice II - Guião de entrevista.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice III - Carta pedido de autorização	Erro! Marcador não definido.
Apêndice IV- Consentimento Informado.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice V - Plano de organização e análise	Erro! Marcador não definido.
Apêndice VI - Interpretação das categorias segundo matriz Bardin (2009)	Erro! Marcador não definido.

Lista Siglas

ADF - Anemia por deficiência de ferro

AIMS - Tensão integrada saúde mulher

DF - Deficiência de ferro

DMG - Diabetes mellitus gestacional

DST - Doença sexualmente transmissível

DUM - Data ultima menstruação

FEC e ESEFSM - Fundação fé e cooperação e escola superior de enfermagem São Francisco da Misericórdia

HTA - Hipertensão arterial

IEC - Informação, educação comunicação

MS - Ministério Saúde

MSB - Ministério de saúde do Brasil.

MSCV - Ministério saúde Cabo Verde

OMS - Organização Mundial Saúde

PAEAB - Protocolo para assistência de enfermagem na atenção básica.

PF - Planejamento Familiar

PN - Pré-natal

PNDS - Plano nacional de desenvolvimento sanitário

PNSR - Plano nacional saúde reprodutiva

Índice de quadros

Quadro 1-Dados sobre número grávidas inscritas no serviço de saúde.....	19
Quadro 2 - Sinais de Gravidez.....	27
Quadro 3 -Complicações durante gravidez.....	28
Quadro 4- Principais fatores riscos da diabetes mellitus gestacional.....	31
Quadro 5- Consequência DM para mãe e bebê.....	32
Quadro 6- Classificação segundo MSB situações hemorrágicas na gestante.....	34
Quadro 7- Complicações para mãe e o bebê.....	38
Quadro 8- Procedimentos realizados na primeira consulta.....	40
Quadro 9- Análises solicitados as gestantes durante gravidez.....	41
Quadro 10- Calendário nacional vacinação a grávidas.....	43
Quadro 11: Caracterização dos enfermeiros.....	53

Índice de figuras

Figura 1- fluxograma para diagnóstico de gravidez pelo enfermeiro.....	26
--	----

Introdução

A proposta do trabalho de conclusão de curso, doravante apresentada enquadra-se na etapa final do curso de enfermagem lecionada pela Universidade do Mindelo, assim sendo a mesma tem como objetivo a elaboração de uma pesquisa académica, intitulada de importância da enfermeira na redução do início tardio da consulta pré-natal, através do qual propôs-se atender aos requisitos para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem.

A razão pela qual escolheu-se elaborar esse tema prende-se com alguns questionamentos que foram surgindo durante a realização do ensino clínico enfermagem na saúde da Mulher no Centro Saúde Reprodutiva de Bela Vista. Ao longo do ensino clínico pode-se constatar que várias gestantes que frequentavam o Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista para fazerem o seguimento do pré-natal, faziam-no cada vez mais tarde do que o esperado. Muitas delas a partir do segundo trimestre de gravidez e até outras faltando alguns dias para o parto em que segundo relato dos enfermeiros eram apanhadas em visitas domiciliárias após denúncias de amigas ou vizinhos.

O tema justifica-se também pela escassez ou quase nenhuma investigação na matéria, no âmbito nacional. Em quase meio século de um país livre e independente, quer no meio académico quer por parte do Ministério da Saúde, pouca reprodução escrita e/ou pesquisas foram feitas sobre a matéria, e isto provoca alguma estranheza uma vez que os sucessivos governos traziam nas suas propostas de governação temas como: reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes.

O trabalho é baseado em atenção primária às grávidas onde o centro de atuação é a prevenção e a promoção da saúde de modo a evitar complicações.

O presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos para uma melhor compreensão do tema em estudo. Antes de entrar no primeiro capítulo fez-se uma pequena introdução, que vai em detrimento com uma breve apresentação do tema, a justificativa e a motivação para a sua realização.

O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico onde aborda alguns conceitos como a gravidez, sua fisiologia, pré-natal e cuidados de enfermagem na gravidez. O segundo capítulo corresponde a fase metodológica onde foi escrito a metodologia que serviu de base para a elaboração da parte empírica da pesquisa.

E por último o terceiro capítulo, que corresponde a fase empírica terá como objetivo fazer uma análise crítica e criteriosa dos resultados obtidos levando assim a

discussão dos mesmos, que serão apresentados e tratados, e segue-se depois as considerações finais.

Realça-se ainda que o presente trabalho foi redigido segundo as normas da Universidade do Mindelo, norma APA 2017 e segue o novo acordo ortográfico da língua Portuguesa.

Justificativa e Problemática

A preferência pela temática vai ao acordo da escolha pessoal visto que desde o início do Curso em Enfermagem sempre teve alguma preferência para a Enfermagem em saúde Materna, assim sendo ao longo da licenciatura foi-se aprofundando no assunto e ganhando mais conhecimentos sobre o mesmo.

Durante o ensino clínico verificou-se que várias grávidas iniciavam o pré-natal tardio, como isso surgiu o interesse e levantou-se a questão de como os enfermeiros poderiam contribuir para minimizar casos do tipo. Além da vertente académica e profissional, esse tema despertou uma especial atenção pelo fato de ser mãe e mulher, e ver que a saúde reprodutiva das mulheres merece uma especial atenção de todos os agentes intervenientes no setor da saúde, e uma dessas formas pode ser, perfeitamente, através das pesquisas académicas pela via da produção de conhecimentos.

Seguramente que, ainda, tudo o que envolve a reprodução feminina é uma prioridade no nosso país, daí a importância desse trabalho quer no meio profissional, académico e também no meio social, porque o mesmo procura dar respostas a questionamentos verídicos e preocupantes.

Este trabalho para além de contribuir para aprofundar conhecimentos, contribui para aquisição do grau da licenciatura. Confere também uma bagagem para um futuro próximo poder fazer uma especialização na área, onde pretende-se trabalhar diretamente com o público-alvo de forma a transmitir os conhecimentos adquiridos.

Para melhor entender a temática, achou-se pertinente abordar o tema num contexto geral. Sabe que várias mulheres no mundo anualmente se engravidam, desta forma os enfermeiros devem estar capacitados para oferecer apoio tanto as grávidas como para os bebés.

Segundo Cunha (2008) a cada ano, ocorre cerca de 120 milhões de gravidezes, entre os quais, mais de meio milhão de mulheres morre em consequência de complicações, durante a gravidez ou o parto, e mais de 50 milhões sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas a gravidez” (...).

Apesar das taxas de mortalidades maternas diminuíram, ainda as taxas de mortalidade continuam elevadas. Onde pode-se analisar ambos os dados de Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2005, 2008 e 2015.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), estima que anualmente ocorrem 600.000 mortes maternas, 99% das quais nos países em desenvolvimento, o que representa 80.000 mortes a mais que estimativas anteriores.

Ainda refere o mesmo autor que nos países em desenvolvimento a mortalidade materna varia entre 190/100.000 nados vivos, na América Latina e Caraíbas e 780 por 100.000 nados vivos em África. Na África Oriental, encontra-se um rácio de mortalidade materna de mais de 1000/1000.000 (OMS, 2005).

A OMS em 2008 aponta que morreram em torno de 358.000 mulheres, vítimas de complicações da gestação ou do parto. Entre estes casos, 99% foram registrados em países em desenvolvimento e 87% deles no sul da Ásia e na África Subsaariana. Em 2008, a razão de mortalidade materna na África Subsaariana foi de 640 óbitos por 100.000 nado vivo, quase duas vezes maior que a registrada no Sul da Ásia. A razão estimada para a América Latina foi de 85 mortes/100.000 nados vivos e para os países desenvolvidos, de 14 mortes/100.000 nados vivos. A maior parte das mortes maternas poderia ser evitada se medidas de prevenção fossem adotadas antes, durante e depois da gestação. Além dessas, o acesso a cuidados específicos, o reconhecimento das emergências obstétricas e a disponibilidade de intervenções em momentos adequados contribuem para a evitabilidade destas mortes OMS (2008) *cit in* (Viana *et col*, 2011).

Cerca de 303.000 mulheres e adolescentes morreram de complicações relacionadas à gestação e ao parto em 2015. Nesse mesmo ano, 2,6 milhões de bebés foram natimortos. Quase todas as mortes maternas (99%) e de bebés (98%) ocorreram em países de renda baixa e média. Estas mortes maternas poderiam ser evitadas se as gestantes tivessem acesso ao atendimento pré-natal (APN) de qualidade. 60% dos natimortos (1,46 milhões) ocorreram durante o período de pré-parto e, principalmente, devido a infeção materna não tratada, hipertensão arterial e crescimento fetal insatisfatório (OMS, 2015).

Com esses dados percebe claramente que houve uma diminuição de número de mortes relacionadas com a gravidez e o parto, no entanto vê-se claramente que ainda o número de mortes é exorbitante evidenciando a necessidade de trabalhar a saúde da mulher com mais qualidade, pois são situações que podem ser prevenidas com as novas tecnologias e novas formas de diagnóstico e tratamento bem com as novas condições de vida, não se pode aceitar tais agressividades à saúde do binómio mãe filho. Principalmente por estar relacionado como condições socioeconómicas. É necessário um maior engajamento das políticas de saúde com principal apoio dos enfermeiros no atendimento

e acompanhamento das mulheres de modo a melhorar esses resultados. O enfermeiro é um profissional de saúde que tem todos os requisitos ideais que permite abraçar essa causa e ajudar a melhorar esses indicadores de saúde.

A gravidez, sendo um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, muda inevitavelmente a vida de uma mulher, ao ponto de questionar a sua própria identidade e conceito pessoal, em todo o processo de adaptação a uma nova condição e papel. A forma como a grávida vivencia todas as mudanças e os acontecimentos significativos exige, em termos desenvolvimentos, um duplo esforço físico e psicológico, nem sempre fáceis de gerir, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais (Silveira & Ferreira, 2010).

A OMS (2016) idealiza um mundo em que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal. Dentro do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças.

Os cuidados de pré-natais podem levar a melhor dos resultados na gravidez, dado que proporcionam uma avaliação precoce do risco e desenvolvimento saudáveis como bom comportamento alimentar a cessação tabágica. Em 2003, nos Estados Unidos 84,1% de todas as mulheres usufruíram cuidados e 3,5% não tiveram cuidados pré-natais ou tiveram tardiamente, (Lowdermulk & Perry, 2006).

Essas situações merecem uma atenção específica uma vez que são situações difíceis, pois o que está em causa são duas não apenas uma vida, as exigências são maiores, nenhuma vida deve ser negligenciada.

Muitos esforços vêm sendo implementados mundialmente com vistas a proporcionar acesso universal e de qualidade de atenção à saúde reprodutiva. Nos países industrializados, mais de 95,0% das gestantes realizam pelo menos uma consulta de pré-natal e, naqueles emergentes, como Colômbia e África do Sul, esse indicador atinge 62,0% e 69,0%, respetivamente (Da Rosa, Silveira & Da Costa, 2014).

Ainda estes mesmos autores afirmam que no Brasil, a cobertura pré-natal aumentou significativamente após a adoção do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em 2000, cuja principal estratégia é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aos recém-nascidos. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde publicada em 2009 indicou redução na proporção de mães que não realizaram o pré-natal (de 14,0% em 2000 para

2,7% em 2006). A proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal aumentou, passando de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006. Em 2010, a cobertura do pré-natal no País foi de 98,0% (Da Rosa, Silveira & Da Costa, 2014).

De acordo com Peixoto *et al* (2011, p 287) “a quantidade de mulheres, no Brasil, que têm acesso ao acompanhamento Pré- Natal vem aumentando. Em 1986, a proporção de grávidas que nunca realizou Pré-Natal era de 26%.

Assim o Ministério da Saúde do Brasil (MSB) (2001) alega que o programa de humanização no pré-natal e nascimento com atenção aos princípios da atenção primária deve ser prestado e exorta municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel, propiciando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade.

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez e durante as mudanças físicas e emocionais. Cada uma irá lidar de forma diferente com tais mudanças e algumas dessas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústia, fantasias ou apenas curiosidades sobre o que acontece em seu interior (Rodrigues *et al*, 2011).

Nesta perspectiva Cunha *et al* (2008) um atendimento seguro realizado num pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução significativa do número de mortes materna, além de evidenciar benefícios a saúde materna e infantil.

A finalidade dos cuidados na maternidade é assegurar uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para a mãe, para a criança e para a família. A supervisão e acompanhamento de toda a gravidez são de máxima importância para a concretização desta finalidade. Contudo, muitas das adaptações maternas que ocorrem durante a gravidez são estranhas para as grávidas e suas famílias. Ajudar a grávida a perceber a relação entre a sua condição física e o plano de cuidados a implementar favorece a sua tomada de decisão e encoraja-a a participar ativamente nos cuidados que requer (Lowdermulk & Perry, 2006).

No que tange a realidade cabo-verdiana Ministério de Saúde de Cabo Verde (MSCV) (2006) identificou a diminuição deste índice para 1,3%. Além disso, contabilizou-se que pelo menos 61% das mulheres nesta situação tinham passado por sete ou mais consultas de avaliação, inclusive com a realização de exames, e que o número de consultas por mulher passou de 1,2 em 1995 para 5,4 em 2005. Esse aumento no número de consultas pode estar relacionado à expansão da estratégia saúde da família (ESF). Estudo realizado em Araguari-MG com 147 gestantes em acompanhamento Pré-Natal

mostrou que as mulheres acompanhadas na estratégia saúde da família (ESF) tinham maior nível de adesão às consultas Pré-Natal (92,7%) quando comparadas às gestantes acompanhadas em outro serviço público de saúde (78,4%).

Ainda segundo o Inquérito Demográfico Saúde Reprodutiva II em 2005, 72,3% das grávidas fizeram mais de 4 consultas pré-natal (urbana 77,4% e rural 66,7%) e 2,6% nunca fizeram consulta pré-natal (urbana e rural 2,6%). Relativamente às grávidas com menos de 18 anos que frequentaram os serviços públicos de consulta pré-natal passou de 15,8% -15,2% em 2001-2002 para 13,4% em 2007. No entanto, constata-se uma procura tardia da primeira consulta assim como irregularidade no seguimento, faltando dados que permitam uma apreciação adequada desta situação (MSCV, 2008-2012, p. 25).

O relatório sobre os Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD) afirma que no domínio dos cuidados obstétricos e ginecológicos avanços significativos foram registados desde 1990 com a oferta de serviços no quadro dos Hospitais Centrais e Regionais e também dos Centros de Saúde Reprodutiva a nível dos municípios. “Cabo Verde está prestes a atingir a meta relativa à cobertura da atenção pré-natal: no período compreendido entre 2007 e 2014 a taxa de grávidas que realizam pelo menos 1 consulta de pré-natal passa de 74% para 99,3%”. Contudo, reconhece-se disparidades regionais uma vez que a taxa de captação de grávidas para as consultas de pré-natal nos concelhos predominantemente rurais é menor. Tal é o caso de São Domingos (39,4%), Ribeira Grande de Santiago (58,5%), São Salvador do Mundo (61,2%), Santa Catarina de Fogo (71,8%) e São Miguel (72,4%). As grávidas desses concelhos preferiram fazer a sua primeira consulta noutra concelho (MSCV, 2015, p. 50).

Ainda este mesmo autor afirma que a taxa de óbitos maternos por cada 100 000 nados vivos diminuiu de 79 para 9,4 entre 1990 e 2014, situando o país numa posição de destaque, quando comparado com outros países da África Subsaariana. A larga maioria dos partos é realizada em estruturas hospitalares (95,6% em 2014). “A taxa de natalidade nas adolescentes dos 15-19 foi atingida: passa de 104‰ em 1998 para 62‰ em 2010. Ainda em matéria de resultado aponta-se para a taxa de mortalidade materna que evoluiu positivamente no período 1994-2014, registando uma redução de 86,5%, acima dos ¾ exigidos para 2015” (MSCV, 2015, p.50).

O número absoluto de óbito materno vem oscilando entre 1-2 por ano até um máximo de 4-5, o que condiciona o comportamento deste indicador nos últimos anos. Esta situação está relacionada com, entre outros fatores, a pequena dimensão da população a qual torna volátil o comportamento deste indicador: para atingir a meta, teria

de ocorrer, em termos absolutos, o máximo de 2 óbitos maternos anuais. Por três ocasiões, em toda a série histórica desde 1994, a taxa deste indicador esteve abaixo da meta prevista, ou seja atingida, incluindo no ano 2014 (MSCV, 2015).

Como já foi evidenciado acima pode se perceber que assim como a nível dos outros países há uma diminuição considerável de casos de grávidas que procuram tardiamente os cuidados pré-natais, Cabo Verde não foge a regra com dados indicando melhorias significativas relativamente a saúde da mulher, no entanto ainda esses indicadores precisam ser trabalhados no sentido diminuir cada vez mais esse caso de procura tardia e de dar resposta há aqueles concelhos que ainda não há uma adesão completa por parte de todas as grávidas às consultas de pré-natal.

Sabe-se dos resultados agora apresentado que o número de consultas é de pelo menos 4, mas constata-se ainda necessidade de trabalhar mais de perto essa situação propiciando ganhos a nível da saúde individual, familiar, coletiva e a nível saúde pública com bons indicadores do país.

Nos últimos tempos tem-se observado melhorias na assistência pré-natal onde gestantes procuram os Centros de Saúde para realizarem as suas consultas de pré-natal cada vez mais cedo, embora ainda tem gestantes que realizam as consultas de pré-natal tardio ou mesmo nem efetuam as consultas de pré-natal. De acordo com os dados do quadro 1 pode-se verificar quantas gestantes inscreveram no Centro de Saúde de Ribeirinha e dessas inscritas quem iniciou o controlo de pré-natal a tempo e quem começou as consultas pré-natal tardiamente.

Quadro 1: Dados sobre número de grávidas inscritas no Centro de Saúde de Ribeirinha

Ano 1º Consulta	Nº Inscritas	Até 12 semanas		Maior de 12 sem á 40 sem.		Não sabe DUM	
2016	115	40	35%	30	26%	45	39%
2017	139	85	61%	47	34%	7	5%
2018	98	51	52%	35	36%	12	12%

Fonte: Dados estatísticos do Centro de Saúde de Ribeirinha

De acordo com os dados do quadro 1 pode-se verificar que no ano 2016 inscreveram 115 gestantes no Centro de Saúde de Ribeirinha que equivale a 35% das gestantes que iniciaram a 1ª consulta de pré-natal até 12 semanas de gestação. Neste mesmo ano com maior de 12 semanas inscreveram na 1ª consulta 30 gestantes correspondente a 26% e 45 gestantes que corresponde a 39% na 1ª consulta não sabiam qual era a data da sua última menstruação.

Em 2017 pode-se observar que foram inscritas 139 gestantes 61% destas realizaram a 1ª consulta de pré-natal até 12 semanas, 34% realizaram a 1ª consulta pré-natal com maior de 12 semanas e 5% na 1ª consulta não sabiam a data da última menstruação.

No ano de 2018 foram inscritas 98 gestantes, onde 52 % iniciaram a 1ª consultas de pré-natal até 12 semanas de gestação, 36% iniciaram a 1ª consulta pré-natal com maior 12 semanas e 12% na 1ª consulta não sabiam a data da última menstruação.

De uma forma geral pode-se observar que a percentagem das gestantes que iniciaram a 1ª consulta de pré-natal com maior de 12 semanas de gestação aumentou do ano de 2016 para 2017 e da mesma forma teve um aumento do ano 2017 para 2018.

De acordo com os dados referentes ao ano 2016 das 115 gestantes inscritas na 1ª consulta do pré-natal no Centro de Saúde de Ribeirinha, 4 iniciaram as consultas com 13 semanas de gravidez, 6 com 14 semanas gravidez, 4 com 15 semanas gravidez, 2 com 16 semanas gravidez, 3 com 19 semanas gravidez, 4 com 20 semanas gravidez, 2 com 22 semanas gravidez, 1 com 25 semanas gravidez e 1 com 28 semanas gravidez.

Em 2017 das 139 gestantes inscritas na 1ª consulta de pré-natal, 10 iniciaram com 13 semanas de gravidez, 6 com 14 semanas gravidez, 7 com 15 semanas gravidez, 8 com 16 semanas gravidez, 3 com 17 semanas, 3 com 18 semanas de gravidez, 2 gestantes com 19 semanas de gravidez, 1 com 20 semanas de gravidez, 2 iniciaram com 21 semanas, 1 com 22 semanas de gravidez, 1 com 24 semanas de gravidez, 1 gestante com

26 semana de gravidez, 1 com 33 semanas de gravidez e uma com 39 semanas já no final da gravidez.

Em 2018 foram inscritas na 1ª consulta de pré-natal 98 gestantes 5 gestantes com 13 semanas de gravidez, 5 com 14 semanas de gravidez, 5 com 15 semanas de gravidez, 5 com 16 semanas de gravidez, 2 com 18 semanas de gravidez, 1 com 19 semana de gravidez, 2 com 20 semanas, 2 com 21 semanas de gravidez, 2 com 22 semanas de gravidez, 2 com 23 semanas de gravidez, 1 com 29 semana de gravidez, 1 com 30 semana de gravidez e 2 com 31 semanas de gravidez.

Feita a análise do quadro acima pode-se dizer que de uma forma em geral a percentagem de gestantes que iniciaram a 1ª consulta de pré-natal com mais de 12 semanas de gestação aumentou do ano de 2016 para 2017 e do ano 2017 para 2018. Tendo em conta a pertinência do estudo surge os seguintes objetivos.

Objetivo geral preconizado na elaboração deste trabalho, centra-se em:

- Identificar a importância do enfermeiro na redução do início tardio do pré-natal.

Objetivos específicos, centra-se em:

- Descrever a perceção dos enfermeiros do centro de Saúde de Ribeirinha sobre a importância do enfermeiro na redução do início tardio de pré-natal.

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do Centro de Saúde de Ribeirinha na redução do início tardio de pré-natal.

- Descrever as dificuldades encontradas pelos enfermeiros do Centro de Saúde de Ribeirinha na redução do início tardio pré-natal.

- Descrever a perceção dos enfermeiros do Centro de Saúde de Ribeirinha sobre as implicações no início tardio de pré-natal na mãe, bebé e sistema saúde de Cabo Verde.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica tem como função mostrar as informações disponíveis e definir conceitos sobre o problema de investigação. Neste capítulo, surgem alguns aspectos de grande relevo para a compreensão sobre o tema papel do enfermeiro na redução do início tardio de consultas de pré-natal.

Após a exploração de aspectos próprios que levam à compreensão do conceito da importância do enfermeiro na redução do início tardio das consultas de pré-natal. Assim surge temas como: Saúde da mulher, gravidez, diagnóstico de uma gravidez, sinais de uma gravidez, complicações na gravidez e pré-natal.

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde e considerada prioritária no decorrer da história, apesar da priorização da saúde da mulher foram preconizadas as ações materno-infantis, ou seja, a assistência era prestada fundamentalmente no período da gravidez, parto e pós- parto.

Saúde da Mulher

De acordo a MSCV (2008) a saúde da mulher tem mantido como prioridade ao longo dos anos nas políticas e nos programas dos sucessivos governos. Como estratégias para materialização desta política, foi criado o Programa Materno e Infantil e Planejamento Familiar em 1977, tendo como principais objetivos reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e dos riscos que advêm durante a fase de procriação. Em 2001, no intuito de garantir uma abordagem mais ampla à saúde reprodutiva da população, o Programa Materno e Infantil (PMI), Planejamento Familiar (PF) foi substituído pelo Plano Nacional Saúde Reprodutiva (PNSR).

Ainda o MSCV (2008) afirma que no entanto, algumas estratégias de atenção são específicas segundo o género. A mulher tem suas peculiaridades além do facto, de que como adulto necessita de avaliação das condições de saúde periodicamente. A enfermagem tem fundamental importância na atenção à mulher, desde à realização do acolhimento, orientação, educação e saúde proteção e prevenção.

A tendência atual nos cuidados de saúde à mulher prolonga-se para além do foco dos cuidados de saúde reprodutiva. Uma abordagem holística dos cuidados de saúde à mulher inclui as necessidades em saúde da mulher ao longo da vida; uma visão que vai para além do foco nas necessidades reprodutivas. A avaliação inicial e o acompanhamento

centra-se na avaliação dos diversos sistemas, realçando a manutenção e a promoção do bem-estar (Moos, 2003) *cit. In* (Lowdermulk & Perry, 2006).

Este conceito é amplo e são várias as definições que elucidem essa temática. A gravidez é um processo fisiológico que evidencia mudanças no corpo da mulher durante o processo gestacional.

Gravidez

A gravidez é um momento único na vida de uma mulher, onde ela sofre alterações tanto mental, social e económico, mas estas modificações as mulheres não podem evitar (Silveira & Ferreira, 2011).

Na mesma perspetiva Mann, Kleinpaul, Mota e Santos (2010), realçam que a gravidez consiste de um processo fisiológico natural compreendido pela sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher a partir da fertilização.

Durante a gravidez as mulheres apresentam vários sinais e sintomas tais como náuseas e vômitos, vertigens, sonolência, mudança de apetite, aumento da salivação e da frequência urinária, saída de colostro dos mamilos, aumento e dolorimento das mamas com presença dos tubérculos de Montgomery (Silva & Lopes, 2010). Que de forma imediata necessita de um acompanhamento/apoio de um profissional de saúde para poder orientar e entender aquilo que sente e está vivenciando dia após dia. No que tange suas transformações que ocorrem tanto a nível físico, social e mental de forma a saber conviver e minimizar os desconfortos.

É importante nesse enquadramento falar um pouco da fisiologia da gravidez, ainda que a gestação seja um fenómeno normal, podem ocorrer problemas, onde o enfermeiro necessita de fundamentos sobre a fisiologia materna normal para ser capaz de ajudar a mulher a compreender as mudanças anatômicas e fisiológicas durante a gestação.

Anatomia e Fisiologia da Gravidez

A gravidez tem uma duração exclusiva de 10 meses lunares, 9 meses de calendário, 280 dias do ano ou mesmo 40 semanas e esse período comporta diversas alterações, sendo estas maioritariamente fisiológicas (Lowdermilk & Perry, 2006).

As modificações e adaptações do organismo materno decorrentes da gravidez são dois processos dinâmicos, inter-relacionados e interdependentes. “Por exemplo, a presença do feto, da placenta e do líquido amniótico, aumentando, gradativamente, suas

dimensões e volumes que requerem aumento abdominal para perfeita acomodação dessas novas estruturas e fluidos, caracterizando adaptação do organismo materno à gravidez” (Monteiro, 2012, p. 8 -120).

Lowdermilk e Perry (2006, p. 225) destacam que “as adaptações fisiológicas maternas são atribuídas às hormonas da gravidez e as pressões mecânicas provocadas pelo aumento do útero e de outros tecidos. Estas adaptações protegem as funções fisiológicas da mulher, respondem as necessidades metabólicas que a gravidez impõe ao seu corpo e satisfazem as necessidades de crescimento e desenvolvimento do feto.

Diagnóstico da Gravidez

O diagnóstico de uma gravidez é feito habitualmente através de análises laboratoriais, tanto na urina como no sangue, onde geralmente mulheres apresentam algumas transformações tais como: como atraso menstrual, enjoo, aumento do volume abdominal e história recente de relação sexual sem uso de um método contraceptivo ajudam na suspeita, mas sozinhos não são suficiente para estabelecer o diagnóstico, principalmente em uma gravidez de início recente.

Kitzinger (1980) afirma que a gravidez pode ser diagnosticada uma semana á dez dias após a falta do período. Um embrião liberta grandes quantidades de uma hormona chamada gonadotrofina coriônica (HCT) na sua circulação sanguínea cerca de oito dias depois de o seu período falhar mais ou menos vinte dias após a concepção. A presença ou ausência dessa hormona pode ser detetada na sua urina por meio de um teste muito simples. Pode levar uma amostra de urina ao seu médico, ou a um laboratório que faça teste de gravidez. Seja qual for o método escolhido, deverá pôr á prova a primeira urina da manhã num dia em que não tiver bebido nada, nem na véspera á noite nem nessa mesma manhã. Beber dilui a urina, que contém uma maior concentração de hormonas nessa altura do que em qualquer outra parte do dia.

Coloque a urina numa garrafa ou frasco perfeitamente limpo, sem menor vestígio de sabão ou detergente. Depois pode leva-la, manda-la ou testa-la você mesmo. Quando for ao médico o médico introduz, tanto quanto puder dois dedos enluvados na sua vagina, enquanto carrega com a outra mão no seu abdómen, onde fica o topo do útero. Se já tiverem passado mas de seis semanas desde do último período, o médico poderá já sentir que a parte inferior do seu útero está mas macia e também ligeiramente maior (Kitzinger, 1980).

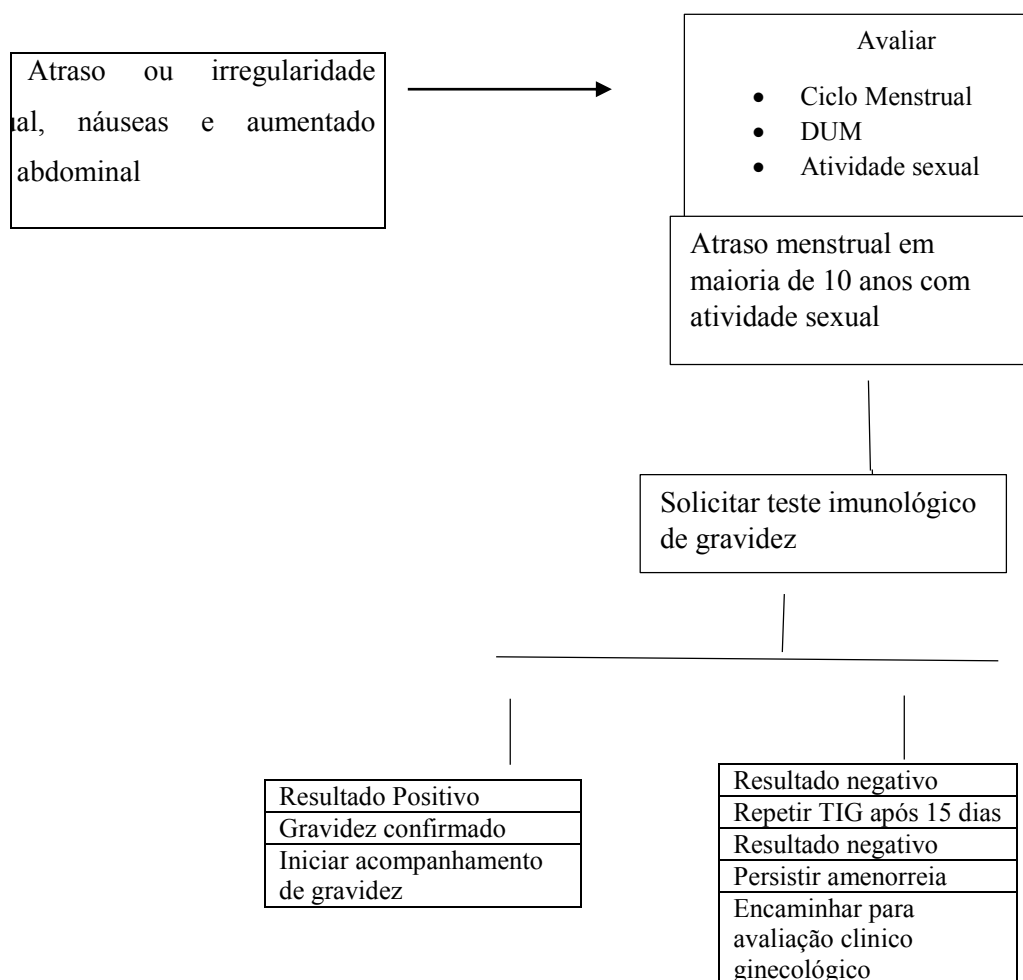
O colo do útero, ou cérvix, que desemboca na vagina, está mais duro que a parte inferior do útero, com uma consistência muito parecido com a ponta do seu nariz. Esta alteração interna é conhecida por «sinal de Hegar». O exame pode ser desconfortável, mas não será doloroso. Quando os dedos forem introduzidos, inspire longamente e devagar pela boca e continue a respirar tão lentamente quanto conseguir (Kitzinger, 1980).

De acordo com o Ministério de Saúde Brasil (2013) a dosagem de gonadotrofina coriônica humana (β HCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, com a utilização de medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O β HCG pode ser detetado no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30 UI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25UI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25 UI/ml são considerados positivos.

Secretaria de Atenção a Saúde do Brasil (2005, p.18) afirma que o diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Frente a uma amenorreia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação. Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassem 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde da unidade básica, por meio de um teste imunológico para gravidez (TIG), de acordo com os procedimentos especificados no fluxograma a seguir.

O teste laboratorial é, inicialmente, recomendado para que o diagnóstico não demande o agendamento de consulta, o que poderia postergar a confirmação da gestação. Para as mulheres com atraso menstrual maior que 16 semanas ou que já saibam estar grávidas, o teste laboratorial é dispensável. A consulta deve ser realizada imediatamente para não se perder a oportunidade da captação precoce. Se o TIG for negativo, deve ser agendada consulta para o planejamento familiar, principalmente para a paciente adolescente (Secretaria de Atenção a Saúde do Brasil, 2005).

Figura 1: Fluxograma para diagnóstico de gravidez pelo Enfermeiro



Fonte: Manual de enfermagem nos cuidados primários da saúde (2016).

O diagnóstico de gravidez deve ser feito o mais cedo possível de modo poder evitar complicações, a inicial um pré-natal atempadamente, realizando todas as consultas, exames laboratoriais, etc. O profissional de saúde explica os sinais no corpo que vai se modificar lentamente, preparando-se para o parto e para a maternidade.

Sinais da Gravidez

Quando a mulher engravida o corpo passa por diferentes mudanças para se adaptar ao bebê que está se desenvolvendo e assim surgem os primeiros sintomas de gravidez, existem diferentes sinais que podem indicar uma gravidez, alguns são facilmente perceptíveis, como o atraso na menstruação, outras demoram um pouco mais a aparecer e nem sempre são relacionados à gravidez.

Algumas das adaptações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez são denominadas sinais e sintomas de gravidez. As três categorias de sinais e sintomas de gravidez são sinais de presunção, ou alteração sentidas pela mulher (ex. amenorreia, fadiga, náuseas ou vômitos, ou alterações mamárias); os sinais de probabilidade, ou alterações observados pelo examinador (ex. sinais de Hegar, ballotement, teste de gravidez); os sinais de certeza que são atribuídos exclusivamente à presença do feto (ex. audição dos sons cardíacos fetais, visualização do feto e palpitação dos movimentos fetais) (Lowdermulk & Perry, 2006).

Segundo a Fundação Fé e Cooperação e Escola Superior de Enfermagem São Francisco da Misericórdias (FEC e ESESFM, 2016), a gravidez, pressupõe três sinais: sinais de presunção (sentidos pela mulher) sinais de probabilidade (observados pelo examinador) e sinais de certeza (sinais fetais).

Achou pertinente elaborar um quadro de modo a ilustrar os sinais de uma gravidez.

Quadro 2: Sinais de gravidez

De Presunção	De Probabilidade	De Certeza
Fadiga	Sinais de Hegar (istmo amolecido)	Ecografia
Amenorreia	Sinais de ballotement	Sons cardíacos fetais
Turgências mamárias	Teste graves	Movimento fetal
Aumento volume das mamas	Sinais de Goodell (colo de útero mole)	
Náuseas matinais		

Fonte: Manual de enfermagem na maternidade (2016)

A gravidez sendo um processo fisiológico pode decorrer sem intercorrências, mas também sabe-se que a gravidez pode ser acompanhada de complicações, por isso é importante o acompanhamento pré-natal. Pode-se constatar que são várias as complicações que acometam a gestante durante o período de gestação onde neste trabalho foram abordadas algumas.

Complicações na Gravidez

Assim sendo Monteiro (2012) destaca que a gravidez se caracteriza por inúmeras alterações ou mudanças físicas e emocionais que requerem uma vigilância adequada. Perante a gravidez de alto risco, o acompanhamento torna-se mais exigente mobilizando um maior número de elementos da equipa multidisciplinar para a avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal.

Para MSB (2010) a gestação é um fenómeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe.

Ainda este mesmo autor afirma que os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (MSB, 2010).

Quadro 3: Fatores relacionadas as complicações durante a gravidez.

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis	História reprodutiva anterior:	Intercorrências clínicas crônicas
Idade menor que 15 e maior que 35 anos;	Morte perinatal explicada ou inexplicada;	Doença obstétrica na gravidez atual;
Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;	Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;	Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras IST);
Situação conjugal insegura;	Abortamento habitual;	Hemopatias;
Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);	Síndromes hemorrágicas;	Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
Altura menor que 1,45m;	Macrossomia fetal;	Nefropatias;
Peso menor que 45kg e maior que 75kg;	Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;	Pneumopatias;
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;	Multiparidade e multiparidade;	Cardiopatias;

Fonte: Ministério de Saúde do Brasil (2005)

Este quadro ilustra alguns fatores que devem ser avaliados detalhadamente durante as consultas do pré-natal. Ao identificar uma ou mais destes fatores a gestante deve ser encaminhada de imediato a uma unidade de saúde mais próximo.

Complicações da gravidez são problemas que ocorrem apenas durante a gestação. Elas podem afetar a mulher, o feto ou ambos e surgir várias vezes durante a gestação. Em alguns casos, o bebê pode não conseguir se desenvolver de forma adequada. Por isso, é importante o pré-natal desde o início, para que se possa diagnosticar estas e outras complicações. Nestes casos, a gestante será encaminhada à atenção de alto risco e será monitorada e acompanhada com maior frequência de consultas, favorecendo, assim, o controle de intercorrências e prevenção de maiores complicações.

As alterações hipertensivas contribuem em uma larga escala para morbidade e mortalidade maternas e perinatais. Calcula-se que as complicações hipertensivas afetam aproximadamente 7% a 10% de todas as grávidas (Freire & Tedoldi, 2009).

Hipertensão Arterial na Gravidez

Das mulheres com hipertensão durante a gravidez cerca de metade a dois terços, são diagnosticadas com pré-eclampsia e eclampsia (Brown, 1991). As prevalências aumentam para cerca de 20% a 40% nas mulheres grávidas para doença renal crônica ou alteração vascular como: hipertensão essencial, diabetes mellitus e lúpus eritematosos (Scott *et al*, 1990, Fairlie, Sibai, 1993) *cit in* (Lowdermulk & Perry, 2006, p 580).

Segundo Ministério de Saúde Brasil, “a hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o grau de severidade, é considerada como fator de risco que somado às características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas podem desencadear danos binômio materno-fetal “ (MSB) *cit in* (Chaim, *et al*, 2008, p. 54).

A hipertensão arterial é uma das complicações que trás grandes problemas a gestante nessa fase, sendo que há meios de tratamento. A hipertensão arterial (HTA) é uma doença considerada problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal (Freire & Tedoldi, 2009).

Filho *et al* (2006) complementam frisando que as complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de mortalidade e morbidade materna e fetal; ocorre em cerca

de 10% de todas as gestações. Ainda reforçam que são mais comuns em mulheres nulíparas, em gestantes múltiplas, mulheres com hipertensão há mais de 4 anos, história de hipertensão em gravidez prévia e de doença renal ou, mulheres com história familiar de pré-eclampsia.

A Síndrome Hipertensiva Gestacional é uma importante complicação da gestação, estando entre as principais causas de morbi-mortalidade materna e fetal em especial em países em desenvolvimento. Os dados do Ministério da Saúde mostram a hipertensão na gestação como a maior causa de morte materna no país, sendo responsável por cerca de 35% dos óbitos com uma taxa de 140 -160 mortes maternas/100.000 nascidos vivos (Moura *et col*, 2011)

Uma das várias complicações que afeta o processo fisiológico da gravidez é a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, sendo estes agravos que acometem as grávidas principalmente no período final das gestações e que podem provocar morte materna e infantil.

Pré-eclampsia na Gravidez

Pré-eclampsia é uma condição específica da gravidez, na qual a hipertensão se desenvolve após 20 semanas de gestação numa mulher grávida previamente normotensa. A pré eclampsia é uma doença multissistêmica, vasospástica, caracterizada por hemoconcentração, hipertensão e proteinúria (Lowdermilk & Perry, 2006, p. 580).

O MSB (2000, p. 164) afirma que “a iminência de eclâmpsia corresponde ao quadro de pré-eclâmpsia grave, caracterizado clinicamente por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigastro e hipocôndrio direito. E eclâmpsia é o aparecimento de convulsões seguidas ou não de coma, não atribuíveis a outras causas, em paciente com pré-eclâmpsia”.

Ainda o mesmo autor afirma que se conceitua como pré-eclâmpsia (PE) o aparecimento de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria em gestação acima de 20 semanas, podendo haver ou não edema. Anteriormente a este período, pode surgir acompanhando doença trofoblástica gestacional (MSB, 2000).

As mulheres com pré-eclâmpsia não se sentem doentes até a condição se tornar grave. FEC e ESESFM (2016) frisam que a pré-eclâmpsia e eclâmpsia é uma condição que esta ligada a HTA e que se apresenta com um conjunto típico de 3 características:

HTA, proteínas na urina (proteinúria) e edemas. Bastas as duas primeiras estejam presentes, para dizermos que existe pré-eclâmpsia.

Diabetes Gestacional

Diabetes gestacional é definido como qualquer grau de redução da tolerância à glicose, cujo início ou detecção ocorre durante a gravidez. Habitualmente, o diagnóstico do diabetes gestacional é realizado por busca ativa, com testes provocativos que empregam sobrecarga de glicose, a partir do segundo trimestre da gestação. Mais recentemente, tem-se recomendado a triagem precoce de gestantes de alto risco na primeira consulta pré-natal, o que permite identificar casos de diabetes preexistente e que não devem, portanto, ser rotulados como diabetes gestacional (Weinert *et al* 2011, p. 435).

Uma outra complicação que pode surgir durante a gravidez é a diabetes gestacional. A diabetes gestacional é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, que geralmente desaparece no período pós-parto, mas pode retornar anos depois (Filho *et al*, 2006).

Ainda neste contexto Weinert (2015) assume que a diabetes gestacional é definido como qualquer grau de redução da tolerância à glicose, cujo início ou detecção ocorre durante a gravidez.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2014-2015) diabetes mellitus gestacional (DMG) é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto. É o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 25% das gestações.

Quadro 4: Principais fatores de risco da diabetes mellitus gestacional

História prévia de diabetes gestacional;	Obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação;
Diabetes na família com parentesco em 1º grau;	Síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo;
Baixa estatura (< 1,50 m);	Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional;
Idade superior a 25 anos;	Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio

Fonte: Filho et al (2006)

Quadro 5: As consequências da diabetes gestacional para mãe e bebê são:

Consequência para mãe	Consequência para o bebê
Retinopatia	Angústia respiratória
Neuropatia	Macrossomia
Neuropatia periférica	Hipocalcemia
Alterações microvasculares	Retardo no crescimento intrauterino
	Policetemia
	Mal formações

Fonte: Costa et col (2012)

Nos dias de hoje existe varias mulheres com anemia por deficiência de ferro por isso é importante nesse enquadramento falar um pouco sobre anemia por deficiência de ferro. Anemia por deficiência de ferro é um tipo de anemia causado pela deficiência de ferro, uma anemia é a diminuição do número de glóbulos vermelhos ou da quantidade de hemoglobina no sangue

Anemia pro deficiência de ferro

De acordo com o Mattos *et col* (2014, p. 27) “a anemia é definida por valores de hemoglobina (Hb) no sangue abaixo do normal para idade e gênero. É um dos principais problemas de saúde pública mundial, chegando a afetar mais de um quarto da população do planeta, ou seja, mais de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo. A metade dos casos é determinada por deficiência de ferro (DF), a deficiência nutricional mais prevalente e negligenciada no mundo, particularmente entre as mulheres e as crianças dos países em desenvolvimento.

Mattos *et col* (2014, p. 27) ainda sublinha que é também significativamente prevalente nos países industrializados e afeta pessoas de todas as idades em todos os países. As gestantes têm maior risco de desenvolver DF e ADF pelas altas demandas fisiológicas próprias e da unidade feto-placentária, difíceis de serem supridas apenas pela dieta, além da perda sanguínea que pode ocorrer durante o parto.

Devido à anemia, essas mulheres têm menor ganho de peso durante a gestação, maiores riscos de partos prematuros, placenta prévia, hemorragias, ruptura prematura de membranas, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, sepsis pós-natal, maior risco de morte, menor desempenho laboral, fadiga, fraqueza e dispneia assim como maiores complicações para o feto como baixo-peso do recém-nascido (RN), prematuridade, mortalidade natal, anemia neonatal, falha do desenvolvimento pela anemia e pobre desenvolvimento intelectual. Existe uma forte relação entre o status de ferro da mãe e a depressão, o stress, as funções cognitivas e as interações mãe-filho, ou seja, a deficiência de ferro afeta negativamente o seu humor e as interações com o RN, e a suplementação protege contra estes efeitos (Mattos *et col*, 2014)

A World Health Organization (WHO) estabelece o limite de 11,0 g/dl, abaixo do qual se define a anemia na gestação. Alguns autores baseados no fato de que os efeitos indesejáveis atribuídos à anemia não são evidenciados com esse ponto de corte, advogam a necessidade de se rever os critérios atualmente vigentes na definição de anemia na gestação, propondo limites de concentração de hemoglobina de 10,0 ou 10,5 g/dl (WHO *cit in* (Souza & Filho, 2003).

A anemia está diretamente relacionada aos mecanismos de expansão do volume sanguíneo e plasmático que aumentam em torno de 50% durante a gestação. Além disso, observa-se um aumento das necessidades de ferro para o desenvolvimento do feto, da placenta e cordão umbilical, e para as perdas sanguíneas decorrentes do parto e puerpério (Modotti, *et col*, 2015)

Ainda este mesmo autor afirma que a administração de ferro para as gestantes, com ou sem diagnóstico prévio de anemia, é uma prática comum na área de obstetrícia. Embora não existam evidências concretas a respeito dos benefícios da suplementação profilática de ferro para as gestantes, esta conduta apresenta-se como um procedimento adequado, visto que reduz a prevalência de anemia ferro priva na gestante e após o parto. Além disso, provavelmente, diminui a prevalência da anemia ferro priva em crianças durante a infância (Modotti, *et col*, 2015).

Síndrome Hemorrágica

As doenças hemorrágicas abrangem diversas condições clínicas sendo caracterizadas por hemorragias de gravidade variável, espontâneas ou pós-traumáticas, em diferentes locais do corpo, presentes ao nascimento ou diagnosticados

ocasionalmente, relacionadas as doenças hematológicas ou outras condições sistêmicas incluindo uso de medicamentos.

Entre 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias. Podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravítico (MSB, 2012).

Durante o ciclo gravídico, alterações várias ocorrem no sistema de coagulação, prevalecendo, contudo, a hipercoagulabilidade. Caso haja complicações, a coagulação vascular disseminada pode ocorrer em sua forma trombogênica ou hemorrágica. Esta é situação de extrema gravidade, que evolui com choque de difícil reversão e óbito em grande parte das vezes (Oliveira *et al*, 2009).

Quadro 6: Importantes situações hemorrágicas gestacionais são:

Primeira metade da gestação	Segunda metade da gestação
Abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme) e descolamento corioamniótico	Placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e vasa prévia.

Fonte: MSB (2012),

Outras causas menos frequentes de sangramento por via vaginal durante toda a gestação são: cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo uterino, trauma vaginal e o sangramento do colo durante o trabalho de parto na segunda metade da gestação (MSB, 2012).

Infeções na Gravidez

As infecções maternas podem aumentar a morbi-mortalidade perinatal caso não sejam diagnosticadas e tratadas em tempo. O rastreamento materno dessas doenças durante o pré-natal é importante, de forma a realizar diagnóstico mais precoce e o tratamento, quando possível. Inúmeras infecções maternas, provocadas por microrganismos (bactérias, vírus, protozoários e outros) passíveis de transmissão ao feto, podem ocorrer durante a gravidez, com graves sequelas para o recém-nascido (Miranda *et col*, 2012).

É uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior (Avelleira & Bottino, 2006)

Sífilis na Gestação

É uma doença transmitida por via sexual (sífilis adquirida) e vertical (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. Outras formas de transmissão podem ser por via indireta (objetos contaminados) e por transfusão sanguínea (Damasceno *et al*, 2014, p. 90)

Ainda este mesmo autor afirma que no Brasil, a notificação atinge somente 32% dos casos de sífilis gestacional e apenas 17,4% de sífilis congênita. Esses dados reforçam a falta de qualidade nos serviços de assistência pré-natal e para o parto. Como a maioria das gestantes encontra-se na fase latente da sífilis, torna-se necessária a adoção de testes sorológicos para o diagnóstico (Damasceno *et al*, 2014).

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbi-mortalidade intrauterina. Estima-se que leve, em pelo menos 50% das gestações acometidas (entre 10% e 15% de todas as gestações), a desfechos perinatais adversos (Magalhães, 2011).

De acordo com a OMS (2008) os organismos responsáveis pela infecção (*T. pallidum*) presentes no sangue de uma mulher grávida podem ser transmitidos ao feto, especialmente na fase recente da infecção (denominada sífilis recente). A maioria das mulheres com infecção de sífilis inferior a um ano, transmitirão a infecção ao feto. Embora a infecção possa ser transmitida a partir de nove semanas de gestação, a transmissão tem normalmente lugar entre a 16ª e a 28ª semana de gravidez.

A Hepatite B é uma das grandes complicações apresentadas pelas grávidas durante a gestação. Por este motivo é de grande importância falar sobre a Hepatite B.

Hepatite B na Gestação

De acordo com Perim & Passos (2005) a hepatite B representa um grave problema de saúde pública mundial, não apenas pela elevada prevalência, mas também por ser uma das principais causas de doença hepática crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular. A transmissão da hepatite B ocorre principalmente através de exposição percutânea ou de mucosas a sangue ou fluidos corpóreos contaminados com o vírus. As formas de contágio mais importantes são através das vias vertical, sexual e por inoculação percutânea com o padrão de transmissão sendo fortemente associado à prevalência do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) numa população.

A transmissão do vírus da hepatite B (HBV) se faz por via parenteral, e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada uma doença sexualmente transmissível. Dessa forma, a hepatite B pode ser transmitida por solução de continuidade (pele e mucosa), relações sexuais desprotegidas e por via parenteral (compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos, etc). Outros líquidos orgânicos, como sémen, secreção vaginal e leite materno, também podem conter o vírus e constituir-se fonte de infecção. A transmissão vertical (de mãe para filho) também é causa frequente de disseminação do HBV em regiões de alta endemicidade. De maneira semelhante às outras hepatites, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas (MSB, 2008, p. 8).

VIH na gestação

O VIH é uma das complicações mais frequentes na gravidez. VIH é um lentivírus que está na origem da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, uma condição em seres humanos na qual a deterioração progressiva do sistema imunitário propicia o desenvolvimento de infecções oportunistas e cancro potencialmente mortais. A infecção com o VIH tem origem na transferência de sangue, sémen, lubrificação vaginal, fluido pré-ejaculatório ou leite materno.

Faria *et al* (2014, p. 197) afirmam que a gestação na presença do VIH impõe diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais se destacam os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus. A transmissão materno-infantil do VIH ocorre da mãe para o bebé pela sua exposição ao vírus durante gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento, e tem sido foco de atenção na medida em que se constatou aumento de casos de VIH em mulheres.

A transmissão vertical do VIH ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, no entanto também o vírus pode ser transmitido ainda no meio intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, que se renova a cada exposição (mamada) (Santo & Souza 2012).

A preocupação existente entre as gestantes com VIH é o risco de transmissão vertical para seu RN. A maioria da transmissão vertical ocorre durante o trabalho de parto com 65%, outras ocorrem intra-útero com 35%, essencialmente nas últimas semanas de

gestação e no aleitamento materno, representando um risco adicional de transmissão de 7% a 22%³ (Lima *et al*, 2016).

As infecções urinárias (IU) representam as infecções bacterianas mais frequentes da gravidez. Complicam cerca de 20% das gestações e são responsáveis por 10% dos internamentos durante a gravidez (Duarte, *et col*, 2008)

Infeções Urinárias na gestação

Apesar de relativamente benignas na mulher não grávida, as infecções urinárias constituem uma complicação potencialmente grave durante a gravidez, estando associadas a morbi-mortalidade materna e perinatal significativa (Figueiredo, Gomes e Campos, 2012).

As infecções no trato urinário (ITU) representam a forma mais comum de infecções bacterianas em gestantes e não-gestantes. Vários fatores tornam a ITU relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno⁴⁻⁶ quanto o fetal⁷. Além da incidência aumentada de infecções sintomáticas entre grávidas, o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são restritas, considerando-se a toxicidade de alguns fármacos para o produto conceptual (embrião/feto e placenta). Desta forma, o diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, torna-se imprescindível durante a assistência pré-natal, evitando o comprometimento do prognóstico materno e gestacional (Baumgarten, Silva, Mastalir, Klaus e Azevedo, 2011).

Ainda este mesmo autor afirma que no período gestacional ocorrem modificações anatômicas impostas ao trato urinário que predisõem a transformação de mulheres bacteriúricas assintomáticas em gestantes com ITU sintomáticas, sugerindo que o número de infecções urinárias seja maior neste período da vida. Dentre essas mudanças, pode-se citar a dilatação das pelves renais e ureteres, detetável a partir da sétima semana de gravidez. Essa dilatação progride até o momento do parto e retorna às condições normais até o segundo mês do puerpério. A associação destes fatores à redução do tônus vesical favorece a estase urinária e o refluxo vesico-ureteral, tornando as infecções assintomáticas em sintomáticas (Baumgarten, Silva, Mastalir, Klaus e Azevedo, 2011).

De uma forma em geral achou-se pertinente elaborar um quadro sobre as complicações que as gestantes e os bebês estão sujeitos durante a gravidez.

Quadro 7: Complicações para mãe e bebê

Aborto
Gravidez ectópica
Placenta prévia
Parto pré-termo
Rotura prematura da membrana
Atraso de crescimento
Gêmeos
Infeções

Fonte: Manual de apoio a promoção Permanente em Saúde Materno Infantil (2016)

Durante a gravidez a vigilância dos cuidados de saúde devem ser redobrados tanto para a mãe como para o filho. Por isso, toda mulher grávida deve procurar os serviços de saúde nos primeiros três meses da gravidez para iniciar o pré-natal o mais cedo possível.

Pré-natal

Assim sendo o MSB (2005, p.23) recomenda que ao iniciar acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez e a realizar pelo menos seis consultas (sendo, no mínimo, duas realizadas por médico). Os principais procedimentos recomendados para as consultas são: exame físico (peso e estado gestacional da gestante; estatura; pulso e temperatura; pressão arterial; inspeção de pele; mucosas e tireoides; ausculta cardiopulmonar; exame de membros inferiores), exame ginecológico (exame de mama, altura uterina, batimentos cardio-fetais, palpação de gânglios e genitália, exame especular); exames laboratoriais de rotina (tipagem sanguínea, VDRL, urina e hemoglobina).

Ainda o mesmo autor defende que todas as gestantes devem receber segundo estas normas, suplementação de ferro (independentemente do nível de hemoglobina) e orientação quanto ao aleitamento materno, entre outros procedimentos. Serão feitas exames de secreção vaginal, “preventivo de câncer de colo de útero” e vacina antitetânica apenas se houver indicação” (MSB, 2005, p. 23).

Neste sentido Veredas (2010) sublinha que o pré-natal deve-se consistir no acompanhamento da gestante, servindo como um momento de aprendizagem para a mulher e sua família pois permite, ainda, detetar anormalidades com a mãe e a criança.

Nesse contexto, o enfermeiro surge como um profissional habilitado para acompanhar a gestação de baixo risco.

Segundo Lowdermilk e Perry (2006, p. 289) “a capacidade do enfermeiro para avaliar as necessidades particulares e delinear intervenções individualizadas, marca excelência na prestação de cuidados. A diversidade influencia que os cuidados pré-natais inclui a cultura, a idade e o número de fetos.

De acordo com o MSB (2000), o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da sua gravidez- período de mudanças físicas e emocionais-, que cada gestante de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo.

Ainda esse mesmo autor refere que na construção da qualidade da atenção pré-natal esta implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas.

De acordo com o Ministério de Saúde do Brasil (2010) a atenção pré-natal deve ser iniciada idealmente pelo profissional médico ou de enfermagem. A consulta é um contato que exige a prática de acolhimento para a gestante e seu acompanhante. Assim, deve haver disponibilidade para que sejam acolhidas e esclarecidas queixas, dúvidas e ansiedades, estimulando o “desejo de voltar” ou a adesão ao programa.

Plano na primeira consulta (Anamnese)

Os retornos pré-natais devem ser adaptados às necessidades de cada caso. O calendário deve seguir o roteiro apresentado a seguir, com a realização de pelo menos seis consultas, distribuídas ao longo da gravidez, a primeira delas sendo iniciada o mais precocemente possível (até a 12ª semana), segundo as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada por profissional médico, para a classificação de risco do caso ou da paciente (MSB2010).

De acordo Ministério de saúde de Cabo verde (s/d) na primeira consulta o enfermeiro realiza os seguintes procedimentos:

Quadro 8: Procedimentos realizados na primeira consulta

História Clínica	Exame Físico Geral	Exame Físico Específico
Identificação;	Peso e estrutura e estado nutricional;	Inspeção das mamas; medida de altura uterina; ausculta de BCF.
Dados socioeconômicos;	Verificação de sinais vitais (FC,FR,TAX, TA);	Identificação da situação e apresentação fetal.
Antecedentes familiares e pessoais;	Inspeção da pele e da mucosa; palpação da tireoide e de gânglios;	Inspeção dos genitais externos.
Antecedentes ginecológicos e obstétricos.	Auscultação cardiopulmonar; Exame abdominal; exame de membros inferiores e superiores (pesquisa de edema e lesão).	Exame especular (inspecionar: paredes vaginais, conteúdo vaginal e colo uterino).
Informações sobre a sexualidade e dados da gestação atual (DUM, DPP, percepção do movimentos fetais, sinais e sintomas, se a gestação foi desejado).	-----	Diagnóstico de enfermagem/levantamento do problema.
Hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, tóxico dependente, exercício físico).	-----	Enfermeiro deve solicitar os exames de rotina no pré-natal se for o primeiro a realizar o atendimento a gestante: (Hb/Ht; tipagem de sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, Coombs indireto, VDRL, serologia para VIH, rubéola e toxoplasmose; anti- HbC, HBSAg, urina II);
Medicamento em uso.	-----	Prescrição de enfermagem.
Ocupação habitual esforço físico, exposição a agentes químicos, estresse.	-----	Realizar orientações dietéticas
-----	-----	Usar antiemético prescrito pelo médico, caso a gestante não responde a orientação dietética. Encaminhar ao atendimento médico. Usar antiemético prescrito pelo médico, caso a gestante não responde a orientação dietética. Encaminhar ao atendimento médico.
-----	-----	Administrar vacina antitetânica.
-----	-----	<ul style="list-style-type: none"> Administração do suplemento de ferro + ácido fólico conforme o esquema do país.

De acordo com o Ministério de saúde do Brasil (2010) “o profissional que avalia os exames deve estar preparado tecnicamente para orientar sobre limitações nos resultados, possibilitando intervenções eficientes no momento da consulta. Deve também estar habilitado para solicitar pesquisa adicional para conclusão diagnóstica, evitando pânico desnecessário e/ou condutas tardias.

Exames laboratoriais

Os exames de rotina para triagem de situações clínicas de maior risco no pré-natal devem ser solicitados no acolhimento da mulher no serviço de saúde, imediatamente após o diagnóstico de gravidez. Os resultados devem ser avaliados na primeira consulta clínica. Muitos desses exames serão repetidos no início do 3º trimestre”.

Ainda este mesmo autor afirma que devem ser solicitados os seguintes análises:

Quadro 9: análises solicitados.

Hemograma completo – repetir entre 28-30 semanas	Exame sumário de urina (Tipo I).
Grupo sanguíneo e fator Rh.	Urocultura com antibiograma para o diagnóstico de bacteriúria assintomática – repetir entre 28-30 semanas
Sorologia para sífilis (VDRL); repetir entre 28-30 semanas.	Sorologia anti-VIH – repetir entre 28-30 semanas.
Glicemia em jejum – repetir entre 28-30 semanas	Sorologia para toxoplasmose, IgG e IgM
Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG – 75g, 2h)	Sorologia para hepatite B (HBsAg).
Bacterioscopia da secreção vaginal	Ultrassonografia obstétrica

Fonte: MSB (2010)

Segundo Plano Nacional Saúde Reprodutiva as consultas subsequentes seguirá com o Caderno Atenção Integrada a Saúde da Mulher (CAISM), primeiramente verificar a data da última menstruação (DUM) e de seguida calcular a idade gestacional, observar sempre a data da vacina antitetânica. É avaliado o peso e calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), a pressão arterial, palpação obstétrica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Verificação de edemas (nas mãos e face) (MSCV, s/d).

Consultas subsequentes

Nas consultas a gestante é questionada sobre queixas urinárias, se tem ardor à micção, dispneia (falta de ar), prurido vaginal, perdas líquidas e sanguíneas vaginais. Se a gestante apresentar alguma dessas queixas é feito um exame ginecológico ou um toque vaginal. No exame ginecológico, observa-se o colo e a vagina, se há presença de leucorreia (corrimentos), lesões ou sangramentos. Depois da realização do exame ginecológico a gestante é encaminhada para avaliação do médico, se necessário colocar o devido tratamento (MSCV, s/d).

Durante as consultas as gestantes vão entregando os resultados das análises e das ecográficas solicitadas nas consultas anteriores, onde os enfermeiros realizam as devidas leituras e transcrevem no caderno da mulher (MSCV, s/d).

É feita a medicação com ferro e ácido fólico, para prevenção da anemia, isto a partir das 16 semanas de gestação. Prescrever de rotina e como prevenção de anemia, durante toda a gestação e durante todo o período de aleitamento materno (MSCV, 2008).

Orienta-se à gestante, a importância em tomar os suplementos de ferro e ácido fólico duas vezes ao dia, para a prevenção da anemia na gestação, e que estas devem ser tomadas duas vezes a dia, meia hora antes das refeições. Caso a gestante houver intolerância ao suplemento de ferro e de ácido fólico fazer orientações para realizar as suas alimentações ricas em ferro tais como: lentilha, ervilha verde e seco, beterraba, ovo cozido, fígado vaca e galinha e também complementar com Vitamina C. (MSCV, 2008).

Em cada consulta são feitas ações educativas às gestantes, como consta no CAISM são os Conselhos IEC (Informação, Educação e Comunicação). São diversos os temas que constam no Caderno AISM tais como: Seguimento pré natal; queixas gravídicas frequentes; sexualidade e DST; sexualidade durante a gravidez; tabagismo e álcool; higiene pessoal; nutrição da grávida e vacinação da grávida (estes são abordados na primeira consulta quando a gestante tem menos de 12 semanas e também de 25-27 semanas); planeamento familiar; preparação para o parto; seguimento pós natal; aleitamento materno e seguimento da criança (36-38 semanas) (MSCV, s/d).

O MSCV recomenda, no Manual de Procedimentos dos Serviços de Saúde Reprodutivo (2008), que deve-se fazer os conselhos IEC, de acordo com a idade gestacional e de acordo com o estipulado Caderno AISM (MSCV, 2008).

Recentemente, vários autores têm discutido a importância da assistência PN, seus critérios, as bases científicas das intervenções que são realizadas e as repercussões sobre a saúde materna e perinatal.

Vacina Antitetânica e Difteria na Gestante

De acordo com Tavares *et al* (2011, p. 1065) “a vacina contra o Tétano e Difteria é um toxoide. Assume particular importância em regiões carentes do globo. É recomendada se a grávida nunca tiver sido vacinada ou se esta imunização tiver ocorrido há mais de 10 anos. Apesar de recomendada e de não haver evidência de teratogenicidade, esta vacinação deve protelar-se para o segundo trimestre de gravidez. A imunização até seis semanas antes do parto confere ao recém-nascido proteção contra o tétano neonatal”.

Com o Plano de Eliminação do Tétano Neonatal, em 1992, foram implementadas as ações de vigilância epidemiológica, identificando-se municípios de risco e indicando-se a vacinação de todas as mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos, gestantes e não-gestantes) (MSB, 2003).

Quadro 10: Calendário Nacional de Vacinação na Gestante e nas Mulheres em Idade Fértil (15-49 anos)

Dose	Intervalo Mínimo	Dose	Duração da Proteção
1º Dose	Grávida: A partir das 13 semanas. MIF: no primeiro contato com a estrutura de saúde	0,5 ml	0
2º Dose	4 Semanas após a 1º dose	0,5 ml	3 Anos
3º Dose	6 Meses após a 2º dose	0,5 ml	5 Anos
4º Dose	1 Ano após a 3º dose	0,5 ml	10 Anos
5º Dose	1 Ano após a 4º dose	0,5 ml	Toda vida

Fonte: Manual Técnico Operacional do Programa Alargado de Vacinação de Cabo Verde, Ministério da Saúde (2015).

Cuidados de Enfermagem durante Pré-natal

O enfermeiro desempenha um papel de extrema importância, para que ocorra um pré-natal de qualidade já que a equipe de enfermagem deve estar apta a realizar uma assistência humanizada, baseada na atenção às queixas da utente, executando e prescrevendo cuidados, orientações de qualidade durante o atendimento. Na consulta de pré-natal o enfermeiro e sua equipe desenvolvem assistência integral a gestante por meio de ações e procedimentos técnicos e científicos, assegurando uma gestação sem intercorrências ou minimizando os agravos/desconfortos que podem surgir no decorrer da gestação (Rocha & Andrade, 2017).

Desta forma vai depender do enfermeiro que a consulta tenha nuances diferentes, para atender as expectativas da paciente, fazendo com que aconteça uma relação de confiança e troca entre o profissional e paciente, preconizando uma assistência de qualidade humanitária (Rocha & Andrade, 2017).

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (São Paulo 2010) os cuidados de enfermagem durante o pré-natal são:

- Realizar consulta de pré-natal de baixo risco.
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço.
- Registrar seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante a cada consulta.
- Encaminhar gestantes classificadas como de risco para consulta com o(a) médico(a).
- Promover atividades educativas na unidade para as mulheres e seus familiares, reuniões de grupos de sala de espera, etc.
- Realizar coleta de exame colpocitológico.
- Realizar visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade.

Durante as consultas de pré-natal, o enfermeiro é responsável por realizar ações educativas para a gestante e sua família, acompanhar gestações de baixo risco, solicitar exames de rotina e orientar tratamento de acordo com o protocolo da instituição, e também coletar exame cito patológico. Foi conferido também ao enfermeiro, declarar os nascidos vivos dos partos realizados em instituições de saúde e domicílios, desde que estejam devidamente cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) como

profissionais responsáveis por estes atendimentos (Pereira *et al.*, 2010) *cit in* (Matos *et al* s/d).

Na primeira consulta os enfermeiros realiza a anamnese que aborda desde aspetos epidemiológicos até a situação da gravidez atual, seguido do exame físico que deve ser geral e específico (gineco-obstétrico) e solicitando exames complementares para um atendimento amplo e completo durante o pré-natal. É realizado o cálculo da idade gestacional, o qual estima a idade do feto/ tempo de gravidez, e também a data provável do parto, realiza a avaliação sobre o estado nutricional da gestante, por meio do índice de massa corporal (IMC), inicia-se o controle da pressão arterial. Nas consultas seguintes deve-se realizar a revisão da ficha pré-natal, anamnese atual sucinta e verificação do calendário de vacinação, realizando o controlo materno e fetal, também calcular a idade gestacional, o IMC, controle da pressão arterial, palpação obstétrica e medida uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, registro de movimentos fetais, deteção de edema e interpretação dos resultados (BRASIL, 2006) *cit in* (Matos, *et al*, s/d).

Seção de educação para Saúde nas Gestantes

As atividades de Educação em Saúde constituem, portanto, um processo permanente de ensino e aprendizagem, buscando superar a compreensão de saúde somente como o contrário de doença, relacionando-a, desse modo, à qualidade de vida. Além do entendimento do conceito de saúde, é importante que esteja clara a condição dos sujeitos como portadores de direitos, sujeitos estes que podem e devem ser responsáveis pela conquista da efetividade de seus direitos e da qualidade nos serviços de saúde (Regra *et al* 2017).

Uma das abordagens comuns na atenção primária refere-se às medidas de educação popular que visam estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou alteração. Isso sugere que as informações sobre saúde e doença deverão ser dialogadas com os indivíduos e os grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável (Regra *et al* 2017).

Geniake *et al* (2015) reconhecem as práticas educadoras como uma medida de intervenção e defendem que alguns assuntos sobre conhecimentos gerais da saúde materno-infantil são mais relevantes, como o aleitamento materno, a anatomia do períneo,

a postura correta, a percepção corporal, a qualidade de vida e a utilização do “Método Shantala” após o nascimento da criança.

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Constitui-se em um processo de trocas de saberes e experiências entre a população como um todo, incluindo usuários, profissionais e gestores de saúde.¹⁴ Esta prática visa à prevenção de doenças, promove a autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da sua sociedade (Araújo *et al*, 2013).

Na elaboração desse trabalho faz muito sentido em falar sobre uma teórica de enfermagem visto que este insere-se num trabalho de enfermagem e nesse sentido o que mais se adequa a temática é a teoria de Auto cuidado de Orem e Teoria de Transição de Meleis.

Teoria de Enfermagem Autocuidado de Orem e Transição de Meleis

Auto cuidado é a prática de atividades que favorece o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas iniciam e desempenham dentro do espaço de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e dar continuidade ao desenvolvimento do bem-estar pessoal. O auto cuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprio ou de alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e bem-estar (Orem, 2004, p. 218).

A elaboração do auto cuidado é igualmente alargada a uma teoria de cuidar dependente naquilo em que o objetivo os métodos e os resultados do cuidado dos outros e expresso. A elaboração dos conceitos de auto cuidado necessita de auto cuidado e atividade de auto cuidado constituem a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar da enfermagem (Orem, 2004, p. 218).

Chik & Meleis (1986) consideram que a transição tem uma característica essencialmente positiva, na medida em que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade.

As transições são caracterizadas por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de viragem, e podem ser definidas através dos processos e/ou resultados finais (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis *et al* (2000), a teoria de médio alcance das transições facilita uma visão mais aprofundada sobre as transições, proporciona guidelines mais específicos para a prática e orienta questões de investigação mais sistemáticas e coerentes. Davies (2005) diz que esta teoria tem um carácter formal e não substantivo, ou seja, preocupa-se com a universalidade das transições e não com as instâncias particulares das mesmas.

Deste modo, verifica-se que o conceito de transição acomoda simultaneamente a continuidade e descontinuidade dos processos de vida, definindo-se por períodos de entropia entre estados de equilíbrio (Meleis, 2007). Para a mesma autora, a saúde revela-se por consciencialização, empowerment, controlo e mestria na vida. A ausência deste equilíbrio, provocada normalmente por momentos de crise, coloca as pessoas na iminência de uma transição.

Todas as pessoas podem vivenciar mais do que uma transição simultaneamente. Sendo assim, é fundamental que a pessoa em transição esteja atenta às mudanças que estão a decorrer de forma a envolver-se nelas. Os padrões de transição elucidam-nos acerca desta situação e incluem transições únicas e múltiplas. Estas últimas, podem ocorrer sequencialmente ou ao mesmo tempo, de acordo com o grau de sobreposição entre as transições. A sua natureza também pode estar relacionada ou não (Meleis *et al*, 2000).

Assim sendo, os autores dividem as transições em simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas. As transições são complexas e multidimensionais, apresentando propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos (Meleis *et al*, 2000).

O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, pois a pessoa só pode envolver-se depois de ter noção da mudança. O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela em que tal não acontece. Exemplos de envolvimento são a procura de informação, recurso a modelos e preparação ativa e pró-ativa da modificação das atividades (Meleis *et al*, 2000).

Como já foi dito, todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transições. As transições podem ser o resultado da

mudança e podem resultar em mudança. Sendo assim, é essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender plenamente o processo de transição. As dimensões da mudança incluem a natureza, temporalidade, importância ou gravidade atribuída, e as expectativas pessoais, familiares e sociais (Meleis *et al*, 2000).

A mudança pode estar relacionada com eventos críticos, ruptura nas relações, rotinas, ideias, percepções e identidades. A diferença é outra propriedade das transições associada à mudança. Refere-se às expectativas não satisfeitas ou divergentes, diferentes sentimentos, ou ver o mundo e os outros de outra forma. Contudo, a diferença nem sempre leva à necessidade de alteração do comportamento (Meleis *et al*, 2000).

O autocuidado é um conjunto de atitudes que cada um faz com o objetivo de cuidar de si mesmo, visto que as gestantes têm de cuidar bem da sua saúde de modo a adquirir melhor habito e ter maior qualidade vida para ela e também para o feto faz sentido apostar no autocuidado, pois o cuidado abrange nas várias vertentes cuidar da sua higiene pessoal, da sua alimentação e não só da sua saúde para poder ter uma gravidez sem complicações.

Na gravidez ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e as demais relações sociais da gestante, e forma como ela vive estas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê, e também pode-se constatar transformações a nível familiar em que o marido, mãe, pais e filhos vão mudar a sua vida para esperar e receber o bebê. Sendo assim faz sentido referir a teoria da transição como já foi explicado acima.

CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA

Fase Metodológica

Esta fase do trabalho corresponde ao percurso metodológico que tem como finalidade explicar o tipo de estudo, o instrumento de recolha de informações, a população alvo do estudo, o campo empírico, os procedimentos éticos bem com o percurso para a análise das informações colhidas.

A elaboração deste trabalho deu-se em dois momentos, a elaboração do Projeto de conclusão do Curso que decorreu no período de novembro á janeiro 2019, onde foi definido o tema, os objetivos, justificativa e problemática, as palavras-chave e a metodologia dessa investigação e, a essa parte que ora se desenvolve teve início no mês de fevereiro 2019 consoante o cronograma em apêndice I.

A pesquisa para o trabalho, baseia-se em uma revisão bibliográfica e exploratória de livros, artigos publicados em várias bases de dados online e trabalhos criados no contexto académico relacionados com o tema em estudo.

Tipo de Estudo

Levando em conta as características do trabalho, achou-se mais apropriado utilizar a metodologia qualitativa do tipo descritivo, exploratório e de abordagem fenomenológica. Trata-se de um método qualitativo, visto que interessa saber percepção dos enfermeiros, as suas práticas vividas no campo onde estão incluídos, isto é a metodologia qualitativa permite ao investigador ter informações que vão ao encontro das vivências, das experiências, da opinião subjetiva dos participantes onde o objetivo não é quantificar mas identificar as percepções com base no dia-a-dia.

O estudo compõem também um carater descritivo porque analisa, registra e faz a interpretação dos fenómenos, descreve a percepção dos enfermeiros do CRS sobre o pré-natal. É exploratório na medida em que visa a descoberta e a ilustração do fenómeno, em relação a temática em si ainda é pouco explorado enquanto trabalho académico na universidade do Mindelo. Quanto á abordagem é fenomenológica uma vez que o investigador pretende entender os conhecimentos dos participantes acerca da temática em investigação, isto é através de dados subjetivo.

Instrumento de Recolha de Informações

Relativamente ao instrumento de recolha de informações a escolhida foi entrevista, visto que é o mais adequado, quando se trata de um estudo qualitativo, entrevista é a melhor opção uma vez que permite obter as informações de forma subjetiva como almeja com a investigação.

De acordo com Fortin (1996) a entrevista é um modo particular de comunicar verbal que se estabelece entre o entrevistador e os participantes com objetivos de colher dados relativos as questões de investigação. Ainda este mesmo autor afirma que este método é frequentemente utilizado nos estudos exploratórios- descritivos, se bem que seja também utilizado nos outros tipos de investigação.

As informações foram colhidas pelo próprio investigador, durante o mês maio através da utilização de um guião de entrevista (apêndice II). Antes da aplicação do guião definitivo foi feito um pré-teste em 6 enfermeiros com o intuito de saber se as perguntas estavam perceptíveis e de fácil compreensão evitando erro na interpretação posteriormente.

A entrevista foi realizado pessoalmente com os profissionais de saúde (enfermeiros) no centro de saúde de Ribeirinha tendo duração de 30 minutos. Respeitou-se a privacidade dos mesmos e o ambiente (calmo, tranquilo com iluminação) foi o mais adequado para proceder a essa entrevista por forma a assegurar assim a fiabilidade do estudo. Evitando ruídos na comunicação que não facilita a investigação.

Campo Empírico

O trabalho tem como campo empírico o Centro de Saúde de Ribeirinha de São Vicente onde as grávidas tem atenção primária diariamente. O centro de Saúde de Ribeirinha fica situado na ilha de São Vicente, na cidade do Mindelo precisamente na localidade de Ribeirinha situado atrás da cadeia Municipal de São Vicente ao lado do lar da Terceira idade da Cruz vermelha de São Vicente. Este centro foi inaugurado no dia 28 julho de 2008.

O Centro de Saúde de Ribeirinha abrange toda a população da área Ribeirinha I, Ribeirinha II, Salamancinha, Baixo João D' Évora, Vila Nova, Lombo Tanque e Pedra Rolada.

O Centro de Saúde de Ribeirinha possui 6 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: dois enfermeiros para a sala de tratamentos, dois para sala infantil e os outros dois para sala maternal, uma vez por semana, exceto o Enfermeiro Chefe de Serviço, um

enfermeiro realiza visitas ao domicílio e a comunidade no geral. Possui dois clínicos gerais que realizam consultas de seguimento e atendimento das demandas espontâneas todos os dias, tem uma psicóloga que realiza consultas e visitas ao domicílio e a comunidade, um assistente social, uma nutricionista que realiza consulta todas as quinta-feira, uma ginecologista que realiza consulta todas as terça -feira e um psiquiatra que realiza consulta as sextas-feiras.

Quanto a estrutura do CSR, o edifício é de segundo piso, no primeiro piso encontra-se a secretaria, sala de tratamento, farmácia, duas casas de banho, dois consultórios médicos e um vestuário, no segundo piso pode-se encontrar uma sala de reunião, cozinha, duas casas de banho, duas salas de enfermagem, um consultório médico, um vestuário e uma sala de arrecadação.

População Alvo

A população alvo são os enfermeiros do Centro de Saúde de Ribeirinha de São Vicente. Para identificar os participantes do estudo foi traçado os critérios de inclusão e exclusão onde obteve-se um público-alvo constituído por seis enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros com grau de licenciatura, com dois anos de experiência e vontade expressa em participar da investigação. Foram excluídos todos os enfermeiros que no momento da entrevista encontrava-se de férias ou de licença.

Com a caracterização e identificação dos participantes pode-se conhecer algumas informações pessoais que incluem: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, tempo de serviço da profissão.

Identificação e Caracterização da População Alvo

Foram codificados com uma letra C e um número sequencial de um a nove, o que significa que, C1 refere ao primeiro enfermeiro entrevistado, garantindo assim o seu anonimato.

Quadro 11: Caracterização dos enfermeiros

Enfermeiros	Sexo	Idade	Habilitação Literária	Anos Serviço	Serviço	Cargo
C 1	F	34	Licenciado	10	Sala Infantil	Enfermeiro
C 2	F	34	Licenciado	9	Sala Tratamento	Enfermeiro
C 3	F	26	Licenciado	2	Sala Maternal	Enfermeiro
C 4	M	35	Licenciado	9	Sala Tratamento	Enfermeiro
C 5	F	41	Licenciado	9	Sala Maternal	Enfermeiro
C 6	F	30	Licenciado	3	Sala Infantil	Enfermeiro

Fonte: Elaboração própria

Pode-se observar que foram entrevistados 6 enfermeiros, onde 5 são do sexo Feminino e 1 do sexo masculino. A faixa etária dos entrevistados está compreendida entre 26 anos á 41 anos de idade. Relativamente a habilitação literária todos os entrevistados são licenciados. No que refere a anos de serviço este varia de 2 anos á 10 anos de serviço.

Aspetos éticos do estudo

O procedimento ético é primeiramente garantir o anonimado e a privacidade dos entrevistados. Foi enviado uma carta (apêndice III) para o Delegado de Saúde da Delegacia de Saúde de são Vicente solicitando assim autorização para realizar o trabalho e colher os dados necessários para essa investigação, foi explicado a pertinência do estudo e a relevância para a classe de enfermagem.

Posteriormente os enfermeiros foram contactados pelo investigador, pelo que, aceitaram prontamente a responder a respetiva entrevista, foi entregue um consentimento informado (apêndice IV) a cada um deles. Após acordarem em participar foi agendada uma hora para aplicar a entrevista durante os dias 13 a 17 do mês Maio.

Relativamente a análise dos dados colhidos foi feita uma abordagem detalhada de acordo com a análise de conteúdo da autora Bardin (2009, p. 2), onde ela defende que análise de conteúdo consiste numa “técnica de análise das comunicações, que irá analisar

o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos”.

Através dos objetivos da pesquisa, a metodologia utilizada e as informações obtidas, serão analisados e discutidos os resultados das informações produzidas. Para a elaboração das análises dos conteúdos foi necessário dividir os resultados em três fases (apêndice V e VI), que segundo o Bardin (2009) são:

- **Fase I - pré-análise** – nesta fase dá-se a transcrição, organização e de seguida uma leitura flutuante dos materiais a ser investigado. Tendo em conta as orientações sobre as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;

- **Fase II - exploração do material** – nesta fase começa a exploração dos materiais onde consiste na construção das operações de codificação, considerando os recortes dos textos em unidade de registros, depois da unidade de registros identificar as palavras-chaves e elaborar as informações em categorias.

- **Fase III - tratamento dos resultados e interpretação** - nessa fase, os resultados vão ser interpretados, para que possam tornar claras e validos. As informações são planificadas em forma de categorias diferenciados serão analisados de forma empírica, recolhidas de meios de comunicação enriquecidas.

Na execução das transcrições das entrevistas foram necessários que as gravações em áudio fossem ouvidas várias vezes de forma a manter a imparcialidade de cada entrevista e ainda foi utilizado cores para evitar erros na hora de copiar cada um dos trechos.

A elaboração das categorias foram realizadas tendo em conta seis regras fundamentais que todos os investigados devem ter em conta nas deferentes formas de codificação e nas múltiplas revisões dos resultados obtidos que segundo Amado (2000) são:

- **Regra da exaustividade** – cada categoria deve incluir por completo um conjunto de unidades no sentido de colocar um texto exclusivo. Onde é obrigatória a escolha de uma palavra-chave apropriada na formulação de cada categoria;
- **Regra da exclusividade** – uma unidade de registo não pode fazer parte de mais do que uma categoria;

- **Regra de homogeneidade** – um sistema de categorias deve referir-se a um único tipo de análise, não devendo misturar-se com diversos critérios de classificação;
- **Regra da pertinência** – um sistema de categoria deve ser adaptado ao material em análise e aos objetivos da investigação;
- **Regra da objetividade** – deve escapar-se das subjetividade na sua formulação onde é utilizado do mesmo modo por vários investigadores. O que implica uma definição sistemática dos critérios utilizados nas mais diversas decisões a tomar na face de codificação;

Regra da produtividade – deve proporcionar possibilidade de uma análise produtiva, criadora de uma discussão nova, mas adequado e coerente com os dados

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA

Análises dos resultados

Esta fase consiste em fazer a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através da investigação feita. Sabendo que as informações recolhidas no campo da investigação são planificadas em forma de categorias para posteriormente serem analisadas elaborou-se as seguintes categorias que serão esmiuçadas ao longo do trabalho:

- **Categoria I** - Perceção dos enfermeiros do CSR sobre o pré-natal;
- **Categoria II** - Conduta do enfermeiro perante a grávida que inicia o pré-natal com mais 12 semanas;
- **Categoria III** - Perceção dos enfermeiros do CSR sobre a importância do enfermeiro na redução do início tardio do pré-natal;
- **Categoria IV**- Dificuldades sentidas pelos enfermeiros do CSR na redução do início tardio do pré-natal;
- **Categoria V** - Implicações resultantes do início tardio do pré-natal.

Categoria I - Perceção dos enfermeiros do CSR sobre o pré-natal

A elaboração dessa categoria tem como finalidade saber a perceção dos enfermeiros do CSR em relação a adesão ao pré-natal e se ao decorrer do tempo têm deparado uma procura cuidados logo no início da gravidez e entender o que têm feito para melhorar/aumentar a adesão ao pré-natal. Sendo assim passa-se a transcrever a opinião dos entrevistados sobre essa categoria.

C1: Vem melhorando a cada ano.

C2: Vem melhorando com o tempo devido as informações mais complexas no assunto.

C3: Bom.

C4: Fraca adesão.

C5: Muito boa.

C6: De acordo com a minha experiência, a adesão ao pré-natal tem sido relativamente boa, ou seja, quase todas as mulher que engravidam procuram o centro de saúde para acompanhamento ou seguimento, embora por vezes aparece mulher que não fazem pré-natal ou aparecem no final da gravidez, ou por algum outro problema que aparece durante a gravidez, isso acontece raramente.

Dos seis enfermeiros entrevistados, cinco partilham da mesma ideia, onde a adesão ao pré-natal tem vindo a melhorar a cada ano, com a melhoria dos recursos e a disponibilidade de informações tem aumentado a procura de gestantes aos centros de saúde para realização e seguimento de consultas de pré-natal.

As mulheres dos dias de hoje estão mais esclarecidas em várias vertentes e já não existe aquele “tabu” em relação a procura dos serviços de saúde, porque muitas vezes as mulheres não procuravam os serviços de saúde por motivo de “vergonha” ou mesmo falta de informação. Atualmente os enfermeiros têm atuado muito sensibilização, na transmissão de informações, nota-se que as mulheres já se encontram mais elucidadas acerca da saúde da mulher, procuram os serviços de saúde desde cedo para realização de planeamento familiar e consultas de pré-natal quando engravidam.

Contudo o entrevistado C4 compartilha de uma ideia deferente onde na sua opinião a questão de adesão ao pré-natal ainda continua fraca. Porque apesar das melhorias e informações oferecidas ainda há casos de gestantes que procuram os centros de saúde na reta final da gravidez e outras nem realizam as consultas de pré-natal.

De acordo com a literatura a procura de adesão ao pré-natal tem vindo a aumentar consideravelmente, revelando uma mais-valia para o sistema de saúde onde pode-se constatar que houve uma diminuição considerável dos partos realizados em casa, diminuição da taxa de mortalidade materna e infantil e também um declínio em relação as crianças portadoras de deficiência. Mas ainda, infelizmente, há um número restrito que não faz a adesão e esse pequeno número de gestantes pode ser fundamental na modificação dos indicadores de saúde materna. Por isso o enfermeiro tem uma importância fundamental no que se refere a sensibilização das gestantes para adoção de comportamentos saudáveis garantindo assim a manutenção da sua saúde.

Ainda nessa categoria foi importante saber como tem sido o trabalho dos enfermeiros em relação às consultas de pré-natal. De acordo com os relatos obtidos passa-se a transcrever a opinião dos entrevistados:

C 1: Relativamente ao pré-natal o enfermeiro esta cada vez mais capacitado para dar resposta no atendimento para as grávidas.

C 2: O enfermeiro tem vindo a trabalhar como educador, informador.

C 3: O trabalho do enfermeiro tem sido trabalhoso e satisfatório, com novas abordagens que permitem melhor seguimento e encaminhamento a gestante.

C 4: O trabalho do enfermeiro tem vindo a progredir e a inovar com novos diretrizes desenvolvidos para melhorar atendimento das grávidas.

C 5: Tem melhorado com o tempo.

C 6: Tem sido um trabalho de grande responsabilidade, tendo em conta a importância do mesmo exige que o enfermeiro esteja atento e preparado para dar as devidas respostas.

Relativamente a esta questão pode-se observar que ambos partilham da mesma opinião onde o enfermeiro está a ampliar a sua área de trabalho, vindo a progredir significativamente devido as novas tecnologias, onde as informações estão sempre a sofrer atualizações o enfermeiro deve acompanhar essas inovações.

O trabalho do enfermeiro na questão da adesão ao pré-natal tem sido desafiante e de grande responsabilidade. Com a introdução de novas diretrizes e fichas de avaliação, para melhorar a resposta às necessidades das gestantes, estimula o profissional a manter atualizado e a melhorar as suas capacidades a nível da educação e atuação no dia-a-dia.

Nesse sentido pode-se referir que através dos novos conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros poderão transmitir um atendimento de qualidade, onde as gestantes possam sentir acolhidas e satisfeitas com o atendimento e terem vontade de procurar o centro de saúde para dar continuidade e seguimento das consultas de pré-natal.

Categoria II - Conduta do enfermeiro perante a grávida que inicia o pré-natal com mais 12 semanas

Esta categoria foi elaborada com o intuito de saber da perceção dos enfermeiros do CSR se nos dias de hoje há gestantes que procuram os centros de saúde onde trabalham com mais de 12 semanas de gestação, e qual a conduta dos enfermeiros do CSR perante esses casos. Sendo assim passa-se a transcrever da opinião dos entrevistados:

C 1, C 2, C 3, C 4, C 5: Sim

C 6: Na minha opinião não é frequentes os casos de grávidas que fazem a primeira consulta com mais de 12 semanas. Acho que o número de pré-natal tardio tem vindo a diminuir, devido ao trabalho do enfermeiro e dos outros profissionais.

Através das informações pode-se chegar a conclusão que apesar das várias melhorias realizados nos sistemas de saúde, constata-se que ainda há casos de gestantes que iniciam as consultas de pré-natal tardio. Quando questionado os participantes sobre a existência de casos de gestantes que procuram consulta de pré-natal com mais de 12 semanas no seu local de trabalho, a maioria responde que sim, é bem frequente deparar esses casos no seu dia-a-dia.

Muitas vezes as causas do início tardio de consulta de pré-natal são situação financeiro onde as mulheres não possuem recursos financeiros para pagarem as taxas moderadoras das análises solicitados nas consultas de seguimento de pré-natal, fazer as ecografias que sabem que são solicitadas nas consultas, seguir uma alimentação como os profissionais recomendam, etc, múltiparas alegando que já sabem os procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, adolescentes com vergonha por estarem grávidas. Estes são uns dos vários fatores que levam as mulheres a procurar os centros de saúde tardiamente para realização das consultas de pré-natal.

Nesse sentido pode-se verificar que o enfermeiro é um profissional fundamental em ajudar a contornar essa situação, conhecendo as pessoas, as suas reais necessidades de modo a modificar esse panorama.

Sabendo que o enfermeiro tem função essencial no que se refere a educação para saúde e tem um contacto mais próximo com as pessoas foi essencial saber nessa categoria a conduta do enfermeiro perante os casos de início tardio de pré-natal. Os trechos das opiniões dos participantes sobre essa conduta:

C 1: Orientar as mulheres através de palestra e abordagem no centro de saúde.

C 2: Fazer todos os procedimentos legais e informar a gestante sobre a importância do início pré-natal mais cedo.

C 3: Tentar perceber junto as gestantes o motivo para o início tardio de pré-natal.

C 4: Promover palestras na comunidade, escolas sobre importância de procurar centro de saúde, fazer sensibilização nas grávidas sobre importância 1ª consulta o mais cedo possível.

C 5: Sensibilizar para importância atempada de pré-natal.

C 6: Caso apareça um caso de pré-natal após 12 semanas é fundamental que o enfermeiro tenha capacidade de informar ou interagir com gestante sobre a importância de um início de um pré-natal a tempo e hora e as consequências que um pré-natal tardio pode trazer tanto para a mãe como o bebé, sensibilizando e conscientizando para que isso não aconteça numa próxima gravidez.

Pode-se dizer que todos os enfermeiros entrevistados partilham da mesma ideia, que quando uma gestante iniciar tardiamente as consultas de pré-natal a conduta do enfermeiro é sensibilizar as gestantes sobre a importância de fazer o pré-natal mais cedo possível, expondo as vantagens para a mãe e o bebé, realçando a necessidade de seguimento das consultas e alertando para no caso de uma próxima gravidez iniciar o

mais cedo possível. Advertindo também sobre as complicações que a mãe e o bebé podem ter e que são evitadas quando se faz as consultas desde do início pré-natal.

O enfermeiro deve interagir com a gestante para poder identificar os motivos que levaram - na a realizar as consultas de pré-natal tardiamente, juntos tentarem resolver os problemas apresentados de forma que na próxima gravidez tenha informações necessárias onde possa começar o seu pré-natal atempadamente.

Também o enfermeiro tem um papel fundamental como educador, onde ele pode realizar seções educativas tanto no centro de saúde, como na comunidade, escolas, abordando vários temas, incentivando primeiramente na consulta de pré-conceção.

Assim pode-se concluir que o enfermeiro com uma boa qualificação, estará apto para dar resposta as dificuldades encontrados na questão ao adesão ao pré-natal de modo a transmitir informações coerentes e claras para melhor esclarecer as gestantes sobre as vantagens de realização do pré-natal a tempo, e também demonstrando as desvantagem que a mãe e o bebé estarão sujeitos se não realizar o pré-natal a tempo e se não fizer o seguimento correto.

Categoria III - Perceção dos enfermeiros do CSR sobre a importância do enfermeiro na redução do início tardio do pré-natal

A elaboração desta categoria tem como finalidade saber a percepção dos enfermeiros sobre a importância da enfermagem na redução do início tardio de consultas de pré-natal e quais as estratégias que tem vindo ser a utilizado para minimizar estes casos. Portanto passa-se às seguintes transcrições abaixo indicadas:

C 1: O enfermeiro tem um papel muito importante na redução do início tardio de pré-natal visto que é o profissional mais próximo do utente e da população.

C 2: É de extrema importância no âmbito em que ajuda a gestante a ter conhecimento do seu estado, prevenir certos mal formações no feto, combater anemia.

C 3: Captação precoce e sensibilização.

C 4: O enfermeiro tem papel importante na promoção e prevenção de risco em que a gestante e o feto estão expostos, também é de extrema importância no atendimento criando o vínculo profissional de confiança.

C 5: E importante porque o enfermeiro na maioria das vezes é o primeiro profissional que tem contato com a mulher que se deseja engravidar.

C 6: O enfermeiro tem um papel preponderante, nesta área de reduzir o início tardio do pré-natal, tendo em conta que o enfermeiro de saúde pública é que está mais perto da população e tem mais oportunidades de fazer sensibilização para as pessoas de modo que procuram o mais cedo possível a estrutura de saúde para o início do pré-natal, evitando assim consequências à saúde e uma melhor trabalho dos profissionais e de saúde.

Pode-se constatar que os entrevistados partilham da mesma ideia, no que diz respeito à importância do enfermeiro na redução do início tardio de consultas de pré-natal, visto que o enfermeiro é o profissional que está mais próximo das gestantes, acompanha-as através de consultas de enfermagem que é feita com frequência, os enfermeiros estabelecem uma ligação de confiança, amizade onde ambos estarão abertos para falar de diversos assuntos, preocupações que advêm do estado clínico da mulher, as gestantes podem colocar as suas dúvidas, e esses enfermeiros devem estar capacitados para dar respostas às suas necessidades. As gestantes por sua vez possuem uma ligação de confiança com os enfermeiros onde procuram cada vez mais cedo os centros de saúde para realizarem as suas consultas de pré-natal.

Os enfermeiros têm a função de acompanhar a gestante nas suas consultas de pré-natal do início ao fim da gravidez, orientando de modo a proporcionar uma gravidez sem complicações. Pode-se concluir que a atuação do enfermeiro é muito importante no acompanhamento das gestantes no período do pré-natal. O que resulta na melhoria da saúde do binómio mãe-filho e melhoria dos indicadores de saúde do país.

Depois de ser analisado vários aspetos importantes sobre a importância da enfermagem na redução do início tardio de pré-natal, achou-se importante saber quais as estratégias utilizadas pelos mesmos para reduzir o início tardio do pré-natal, passa a expor o que é relatado nas transcrições abaixo:

C 1: Educação, prevenção, formação.

C 2: Sensibilização, distribuição panfletos informativos, educação para saúde.

C 3: Educação para saúde.

C 4: Sensibilização nas consultas de planeamento familiar, fazer abordagem nas salas de espera sobre importância do pré-natal.

C 5: Sensibilização nas consultas de pré conceção ou planeamento familiar nas mulheres que declaram desejo de engravidar.

C 6: As estratégias são: estudar a população alvo, as mulheres em idade fértil na sua área abrangência, os adolescentes, para que se trace um plano de ações e trabalhar com organização e lógica. Organizar as consultas de enfermagem do pré-natal, no que se refere ao atendimento, estrutura e recursos. Aproximação mais da comunidade, da pessoa grávida respeitando a sua singularidade, não perdendo de vista o seu contexto familiar e social, através de visitas domiciliares

Pode-se observar que todos os entrevistados partilham da mesma ideia que o campo de atuação de enfermagem é vasto, onde as estratégias utilizadas são de sensibilizar, informar, educar e prevenir. Primeiramente o enfermeiro tem que adquirir a confiança dos utentes da sua área de abrangência, de modo que ao implementar as suas estratégias, os utentes possam aderir.

Portanto o enfermeiro tem de fazer várias seções de educação para saúde visando sempre a importância da consulta de planeamento familiar e pré-conceção, para que as mulheres possam planear a sua gravidez de modo a iniciarem o pré-natal mais cedo como é previsto e evitarem complicações.

Pode-se dizer que os enfermeiros estão capacitados como conhecimento daquilo que se pode fazer para “driblar” contornar essa situação de modo a alcançar as suas metas traçadas e reduzir as taxas de início tardio de pré-natal.

Categoria IV- Dificuldades sentidas pelos enfermeiros do CSR na redução do início tardio do pré-natal

Essa categoria permite saber a percepção dos enfermeiros sobre as dificuldades enfrentados para reduzir as taxas de início tardio consultas de pré-natal e se há recursos suficientes para trabalhar a questão da adesão ao pré-natal. Portanto passa-se às seguintes transcrições abaixo indicadas:

C 1: Identificação precoce pois procuram o serviço de saúde já com algumas semanas de gravidez.

C 2: Abandono de consultas de pré-natal, défice no acesso as grávidas.

C 3: A maior dificuldade é na mudança de mentalidade da população porque anteriormente a mulher não sentia na obrigação de fazer pré-natal por não saber a sua importância e ainda muitas mulheres não acham importante iniciar pré-natal antes de 12 semanas porque não viu crescer a barriga.

C 4: A falta de adesão das mulheres na consulta pré concepção, falta de aceitação da mulher em planejar uma gravidez.

C 5: Nos adolescentes com vergonha, nas multíparas.

C 6: Algumas dificuldades encontradas, muitas vezes são: conscientização e mudança de atitudes nas grávidas sobre a importância do seguimento pré-natal, aumento do número de faltosos, grávidas que iniciam o pré-natal tardio tem tendência a faltar as consultas agendadas.

Pode-se constatar que as dificuldades encontradas pelos enfermeiros são várias, isso acaba por dificultar muito o trabalho dos enfermeiros.

Muitas vezes os utentes dificultam o trabalho dos enfermeiros e acabam por prejudicar a si mesmo, onde não realizam consultas de planeamento familiar, consulta pré-concepção, por vezes adolescentes têm vergonha de mostrar que estão grávidas, multíparas que não comparecem nas consultas de pré-natal ou muitas vezes abandonam as consultas.

Esses leques de dificuldades podem trazer várias consequências, pois atrasa o trabalho do enfermeiro, e também os enfermeiros ficam “mal vistos por não transmitir informações necessárias”.

Tendo em conta outros fatores que podem dificultar o trabalho do enfermeiro achou-se pertinente saber a opinião dos enfermeiros do CSR sobre os recursos humanos e materiais existentes no local de trabalho de modo a entender se estes são suficientes para trabalhar a questão de adesão ao pré-natal. Logo passa-se às seguintes transcrições abaixo indicadas:

C 1, C 2, C 4 e C 5: sim tem recursos

C 3 e C 6: não tem recursos

Em relação a essa categoria pode-se observar que os enfermeiros dividem as opiniões, os enfermeiros C1, C2, C4 e C5 partilha da mesma ideia onde que consideram que há recursos suficientes para trabalhar a temática do início tardio de consultas de pré-natal e os outros C3 e C6 partilham de uma ideia diferente afirmando que não há recursos suficientes para trabalhar em relação a essa temática.

Pode-se verificar que há falta de recursos suficientes, visto que há falta de uma equipa multidisciplinar para realizar visitas a comunidade, escolas de modo a sensibilizar as mulheres a realizarem consulta planeamento familiar, consulta pré-concepção e posteriormente consulta de pré-natal. Devido a falta de recursos os enfermeiros do centro

consegue abranger só as gestantes e outras mulheres em idade fértil que procuram o centro voluntariamente.

Categoria V - Implicações resultantes do início tardio do pré-natal

A finalidade dessa categoria é saber a opinião dos enfermeiros do centro de saúde de Ribeirinha sobre as complicações que a mãe e o bebé estão sujeitos devido ao início tardio de consultas de pré-natal e quais as desvantagens para o sistema de saúde. Portanto passa-se às seguintes transcrições abaixo indicadas:

C 1: Não identificação precoce das complicações, maior demora na realização das análises laboratórios.

C 2: Aumento taxa mortalidade materno e infantil.

C 3: Mal formação fetal, crianças contaminados por VIH no parto vaginal, morte materno e infantil.

C 4: Menor possibilidade de acesso aos exames laboratórios, menor possibilidade em detetar riscos.

C 5: A não identificação das gestantes com VIH positivo. Mal formação dos bebés

C 6: Aumento da taxa de mortalidade materno-infantil, número de consultas insuficientes e de realização de procedimentos preconizados, pouco vínculo com a estrutura de saúde e consequentemente a não preparação para o parto

Através dos resultados das entrevistas pode-se concluir que as mães e os bebés estão sujeitos a várias complicações devido a não realização de consultas de pré-natal, ou quando iniciam as consultas tardiamente.

Complicações essas que podem levar a morte da mãe e do feto, onde também as mães perdem oportunidade de realizar análises solicitados nas consultas, onde tem como finalidade verificar o estado atual de saúde da gestante e do feto. Onde crianças nascem portadoras de deficiência.

Pode-se concluir que nessas situações a mãe não criam vínculo com as instituições de saúde/ os enfermeiros onde não realizam nenhum acompanhamento das consultas de pré-natal ou iniciam tardiamente e nem recebem orientações para poderem preparar para o parto. Nessa situação os enfermeiros têm de estar capacitados para poderem dar atendimento humanizado, de modo a diminuir estes casos.

Quanto às implicações ara o sistema de saúde relativamente ao início tardio da consulta de pré-natal os participantes responderam o seguinte:

C 1: Aumento taxa mortalidade materno-infantil.

C 2: Pré-natal de menos qualidade, indicador de baixa qualidade de trabalho.

C 3: Pré-natal incompleto, gestantes não conseguem realizar todas as análises laboratório.

C 4: Aumento taxa mortalidade materno e infantil.

C 5: Aumento taxa mortalidade materno e infantil.

C 6: Para as estruturas de saúde pode haver acúmulo de funções porque atender uma grávida com início tardio, leva muito mais tempo, mais dedicação e sensibilização, Desorganização do trabalho de enfermagem e de outros profissionais, tendo em conta marcação de análises e de outras consultas

Estes casos têm várias consequências negativas para o sistema de saúde, em várias vertentes, onde há aumento das taxas indicadora de saúde. Ainda pode-se dizer que as consultas de pré-natal pode ser classificado de baixa qualidade onde mulheres ficam com poucas consultas. Portanto pode-se constatar que para reverter essas situações os profissionais devem estar bem capacitados.

Com a taxa elevada a população carece de políticas públicas eficientes que garantam uma boa qualidade de vida e da saúde com ênfase na educação para saúde. A redução da mortalidade materna e infantil é uma das mais importantes metas nas políticas de saúde para todo o país. Quando a mulher não faz ou faz tardiamente ou em número insuficiente as consultas de pré-natal põem em risco sua saúde e a do seu filho. A falta de pré-natal ou pouca adesão pode levar a aumentar o índice de mortalidade materno infantil que repercute na saúde do país. As políticas devem ser direcionadas a essa população com prioridade no sentido de tentar chegar perto desse flagelo que ainda tem essa prática de procurar os serviços de saúde tardiamente com objetivo de contornar essa situação e evitar as possíveis complicações.

Discussão dos resultados

Após a apresentação das informações colhidas durante a investigação passa-se a um breve discussão dos mesmos tendo em conta que se pretende demonstrar se os objetivos propostos foram ou não alcançados. É importante essa fase do trabalho, pois permite evidenciar os principais resultados dessa investigação para poder finalizar essa etapa.

Quanto ao objetivo geral: identificar a importância do enfermeiro na redução do início tardio do pré-natal é pertinente demonstrar que este foi atingido, porque de acordo com as entrevistas foi possível conhecer juntamente com os enfermeiros qual é a importância que um enfermeiro tem durante nas consultas de pré-natal, pois é o profissional de saúde que tem mais ligação com a grávida, sabe as informações sobre a sua grávida, onde e quando procurar quanto falta as consultas, faz educação para saúde de modo a transmitir conhecimentos que ajuda a ter uma boa saúde.

Portanto pode-se dizer que o enfermeiro tem um papel importante no acompanhamento e orientação das gestantes nas consultas de pré-natal de modo a proporcionar mais qualidade de vida para mãe e para o bebé.

Essa assistência do pré-natal deve ser realizada por profissional habilitado e capacitado que dê suporte a gestante durante o pré-natal. Sendo assim é neste contexto que se destaca o enfermeiro, que tem como meta o acolhimento das gestantes na unidade de saúde, com o propósito de sanar dúvidas e medos relacionados ao momento vivenciado por elas (Rocha & Andrade, 2017).

Em relação aos objetivos específicos: descrever a percepção dos enfermeiros do CSR sobre a importância do enfermeiro na redução do início tardio de pré-natal pode-se verificar que este foi atingido onde de acordo com as percepções dos entrevistados pode se dizer que todos partilharam da mesma ideia em que o enfermeiro tem um papel importante na redução do início tardio de consultas de pré-natal, visto que acompanha as gestantes regularmente, onde criam um sentimento de confiança e de amizade entre eles e faz uma avaliação detalhada da sua gestante durante a consulta de enfermagem.

Quanto ao segundo objetivo específico: identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do CSR para reduzir o início tardio de pré-natal pode se verificar que as estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros são as sessões de educação para saúde, porque nunca e de mais transmitir informações, e para isso acontecer os enfermeiros tem que estar bem capacitados para poderem transmitir informações clara e coerentes.

Os enfermeiros devem realizar seção educativas tanto na sala de espera como na comunidade de modo a transmitir conhecimento para os utentes. De acordo com Santos *et al* (2012), a sala de espera é o espaço onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais da saúde, e como espaço dinâmico ocorre mobilização de diversas pessoas, mas pouco utilizado constantemente pelos profissionais de saúde.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (Rios & Vieira, 2007).

No terceiro objetivo específico: descrever as dificuldades encontradas pelos enfermeiros do CSR na redução do início tardio pré-natal pode se constatar que este objetivo foi atingido em que todos os entrevistados apontam as mesmas dificuldades na redução do início tardio de pré-natal, as adolescentes que tentam esconder a sua gravidez e não aparecem para realizar as consultas de pré-natal, as múltiparas que aparece em uma ou duas consultas isto dificulta muito os trabalhos de enfermeiros na redução do início tardio das consultas de pré-natal.

Nesse sentido os enfermeiros devem estar bem capacitados para contornar essas situações através de visitas ao domicílio para procura de faltosos e sensibilizar as mulheres para iniciar as consultas de pré-natal mais cedo possível. As consultas de enfermagem são baseadas nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde, que visa garantir o bem-estar e melhor qualidade de vida para as gestantes (Rocha & Andrade, 2017).

Em relação ao objetivo específico: descrever a percepção dos enfermeiros do CSR sobre as implicações no início tardio de pré-natal para mãe, bebê e sistema saúde de Cabo Verde, pode-se verificar que este objetivo foi atingido, através das análises dos resultados pode-se constatar que são várias as desvantagens para a mãe, bebê e o sistema de saúde. Implicação nos indicadores de saúde, alterações nas taxas de mortalidade materna e infantil, casos de mal formação fetal entre outras complicações.

É essencial que a gestante realiza as consultas de pré-natal, através dele é possível prevenir e detetar precocemente patologias maternas e fetais. Além disso, é possível reconhecer patologias desenvolvidas durante gravidez, ou aqueles pré-existente de evolução silenciosa como diabetes, hipertensão arterial, anemia e sífilis (Cardoso *et al*, 2007) *cit in* (Carneiro, 2014).

Considerações finais

Nos dias de hoje pode-se observar que a taxa do início tardio das consultas de pré-natal tanto a nível mundial como em Cabo Verde diminui consideravelmente, embora ainda existe casos de início tardio de consultas de pré-natal. É pertinente realçar que o enfermeiro tem um papel bastante importante tanto no acompanhamento das consultas do pré-natal como também na redução do início tardio do pré-natal. Este profissional busca estratégias que permite diminuir estes casos de início tardio de pré-natal e também orienta as gestantes durante consultas sobre melhor forma de agir durante a gravidez de modo a evitar complicações.

Durante o estudo pode-se constatar que ainda existe vários casos de início tardio das consultas de pré-natal, onde as gestantes não procuram o Centro de Saúde por motivos de vergonha ou por ser múltiparas alegando que já sabem tudo o que vai acontecer nas consultas de pré-natal, entre outros fatores que foram observados e relatados pelos profissionais do CSR.

A adesão ao pré-natal constitui um importante fator no que diz respeito a indicadores de saúde do país, pois quando a mulher faz sua consulta regularmente fica ciente do seu estado de saúde e do seu filho, e quando mais cedo iniciar sua consulta melhor será sua avaliação, feita pelo profissional. Sabe-se que a gravidez é um processo fisiológico que pode decorrer sem nenhuma intercorrência, no entanto sabemos que são várias as complicações que podem surgir durante a gravidez, por isso a mulher deve fazer suas consultas de modo a despistar e saber se está perante algumas dessas complicações de modo que o profissional possa atuar rapidamente evitando assim possíveis consequências.

As complicações relacionadas com a gravidez são na maioria das vezes graves pondo em risco a mãe e o filho, e são evitáveis com as avaliações feitas durante as consultas de pré-natal. Essas complicações como já foi dito trás implicações para o binómio mãe-filho e também para o sistema de saúde uma vez que sabemos que a mortalidade materna infantil corresponde a um dos indicadores de saúde materno que tem grande impacto no sistema de saúde do país.

Na elaboração deste trabalho foram encontrados algumas dificuldades, que são inerentes a qualquer investigação, mas com a ajuda, essas foram superadas pouco a pouco. Um dos obstáculos encontrados foi a demora da entrega da resposta de pedido de

autorização para recolher os dados no Centro de Saúde de Ribeirinha, dificultando assim o percurso da investigação. Não obstante as dificuldades encontrada acima referido, após essa investigação pode-se afirmar que todos os objetivos traçados foram alcançados com sucesso.

Sugestões

- Rodar os enfermeiros semanalmente ou mensalmente por todas as seções do Centro de saúde.
- Aumentar disponibilidade dos recursos tanto humanos e materiais.
- Realizar mais seção de Educação para a Saúde de modo a sensibilizar as mulheres sobre a importância da saúde.
- Organizar grupos para debates tanto para adolescentes, jovens e grávidas.

Referências Bibliográficas

Amado, J. S. (2000). A técnica de análise de conteúdo. Revista referencial nº5 novembro 2000.

Avelleira J:C:R., Bottino G., 2006: Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002

Araújo, M.L.A ; Monteiro A.P.; Zuculin S.; Souza E.G; Barros P.2013: Educação em saúde – estratégia de cuidado integral e multiprofissional para gestantes disponível em:<file:///C:/Users/UtilizadorMD/Downloads/57-113-1-SM.pdf>

Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Edições 70. Lisboa. LD

Baumgarten M.C.S, Silva V.G, Mastalir F.O, Klaus F., Azevedo P.A 2011, pág.: 333 – Infecção Urinária na Gestação: uma Revisão da Literatura disponível em: <file:///C:/Users/UtilizadorMD/Documents/Downloads/1083-4191-1-PB.pdf>

Carneiro P.G 2014: proposta de estímulo adesão ao pré-natal e melhora na qualidade do atendimento de gestante adolescente disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4324.pdf>

Cunha, M. (2008), Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no Rio Branco- AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo gravídico-puerperal, p.159 disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_c136a774632d31f55dfd68dec1081d22

Cunha, M. Dotto, L. Mamede, M. e Mamede, F. (2009) Assistência Pré-Natal: Competências Essenciais Desempenhadas por Enfermeiros. Esc Anna Nery Ver Enfermagem 2009 23/01/2019: 00-00. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>

Chaim S.R.O.; Perfetto S.R, Oliveira S.M.J., Kimura A.F et Al (2008) Hipertensão Arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento disponível em:www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_07.pdf

Da Rosa C.Q, Silveira D.S., D. e Da Costa J.S.D (2014) Fatores Associados á não realização de pré-natal em Município de Grande Porte; 23/01/2019: 23:30 disponível em:

http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf

Damasceno A.B., Monteiro D.L.M., Rodrigues L.B.2014- Sífilis na gravidez.

<file:///C:/Users/UtilizadorMD/Documents/Downloads/v13n3a14.pdf>

Directrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2014-2015), Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação, p 192-195 disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional/001-Diretrizes-SBD->

Duarte G., Carcolin A.C., Quintana S.M., Cavalli R.C : Infecção urinária na gravidez disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/08.pdf>

FEC - Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias disponível em: <https://www.enfermagem.edu.pt/Informacoes/fec-fe-e-cooperacao.html>

Freire C. e Tedoldi C. (2009), Hipertensão Arterial na Gestação, Arq. Bras. Cardiol. vol.93 no.6 supl.1 São Paulo Dec. 2009 disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S006682X2009001300017

Filho et.al (2006). Manual Técnico, Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Série A, Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, Caderno nº 5. 3ª Edição, Brasília, DF, disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/147943/001001202.pdf?sequence=1>

Figueiredo A., Gomes G., Campos A. 2012 - Infecções urinárias e gravidez - diagnóstico, terapêutica e prevenção disponível em:

http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_608.pdf

Faria E.R., Carvalho F.T. Lopes R:S, Piccinini C.A(2014, pág. 197) - Gestação e VIH: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n2/09.pdf>

Fortin, M. (1996). Processo de Investigação: Da conceção para á realidade. Decarie edituer, Sociedade Industrial Gráfica. Lda.

Geniake L.M.V., Lima J.A.S., Lourenço G.M., Zarpellon L.D. Oficinas educativas com gestantes: uma intervenção na unidade de saúde da família. Rev. Ed. Popular. 2015

Kitzinger, S. (1980). Gavidez e Parto. Portugal: Printe Portuguesa,Ind.Grafica Lda.

Lima S.S., Silva L.C.S., Santos M.V. 2016 - VIH na gestação: pré-natal, parto e puerpério disponível em:

[file:///C:/Users/UtilizadorMD/Documents/Downloads/22695-108786-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/UtilizadorMD/Documents/Downloads/22695-108786-2-PB%20(1).pdf)

Lowdermulk, L., & Perry, S. (2006). Enfermagem na Maternidade. New York: Sociedade Industrial Gráfica Lda

Mann, L. Kleinpaul, J. Mota, C. e Santos, S (2010) Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão, Motriz, Rio Claro, v.16 n.3 p.730-741, 20/01/2019 as 15:22 – acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n3/a22v16n3.pdf>

Tavares M.V , Ramos V.M., Tavares M., Moura P., Vacinas e gravidez, Acta Med Port. 2011 disponível em:

<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1558/1142>

Magalhães D.M.S, Kawauguchi I.A.L., Dias A., Calderon I.M.P2011: A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf

Matos D.S, Rodrigues M.S., Rodrigues T.S.: Atuação do profissional enfermeiro no pré-natal: educando para saúde disponível em:

https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/24828_13151.pdf

Mattos B.B., Silla L.M.R. Krug .C. (2014) Anemia por deficiência de ferro disponível em:

www.Portalarquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2014/dezembro/15/anrmia-por-defici—ncia-de-ferro.pdf

MELEIS, A. [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. Vol 23, nº 1 (Sept. 2000)

MELEIS, A.I. – Theoretical Nursing: development and progress. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007;

Ministério de Saúde Cabo Verde (2012), Programa nacional de saúde Reprodutiva, p:25 disponível em:

<file:///D:/PNSR%202008%20-%202012%20ORIG-13Fev09.pdf>

Ministério de Saúde Cabo Verde (2008). Manual técnico e operacional do programa alargado de vacinação de Cabo Verde.

Miranda M., Rastreamento das infeções perinatais na gravidez: realizar ou não? disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3075.pdf>

Ministério Saúde Brasil (MSB), (2005), Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério, p. 23

Ministério de saúde brasil 2001: Humanização do parto, Humanização no Pré-natal e nascimento

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

Ministério Saúde Brasil (MSB), (2013), Caderno de Atenção Básica, p. 17-23

Ministério Saúde Brasil (MSB), (2000). Assistência Pré-natal, p-8 , 19701/2019 as 20:30 disponível em:

[http:// www.bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf](http://www.bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)

Ministério de saúde do Brasil 2008 – Hepatite Viral: O Brasil está em alerta disponível em:

http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf

Ministério de Saúde Brasil 2005: pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada disponível em:

http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Ministério de saúde de cabo Verde (2016) Livro de Enfermagem: Cuidados primários da saúde

Ministério de Saúde de Cabo Verde (2016) Manual de enfermagem na maternidade

Modotti et col (2015), Anemia ferropriva na gestação: controvérsias na suplementação de ferro disponível em:

www.revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n4/Rev4-anemia-ferropriva-na-gestacao.pdf

Monteiro, M. (2012) Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento, Porto 2012, p. 8-120. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9378/1/Tese%20MJo%C3%A3o%20definitiva.pdf>

Moura M.D.R., Castro M.P., Margotto P.: Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal disponível em:

http://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf

Oliveira, R.F., Silva R.G., Ribeiro R.B.L.(2009), Síndrome hemorrágica na gravidez, Rev Med Minas Gerais 2009; 19(2 Supl 3): S64-S67, disponível em:

<file:///C:/Users/e5510/Downloads/v19n2s3a15.pdf>

Organização Mundial Saúde 2008: eliminação mundial da sífilis congénita: fundamento lógico e estratégia para acção disponível em

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf?sequence=4

Pascoal IF Hipertensão e gestação Rev Bras Hipertens vol 9(3): julho/setembro de 2002 disponível em:

<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaogravidex.pdf>

Perim e Passos 2005 - Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/09.pdf>

Peixoto C.R., Freitas L.V., Teles L.M.2019: o pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>

Prodanov, C. r e Freitas E. (2013). Metodologia do trabalho científico 2ª edição, Novo Hamburgo, Feeval.

Regra G.L., Solerno G.R.F., Fernandes S.M.S. 2017: Educação em saúde para grávidas e puérperas disponível em:

<file:///C:/Users/UtilizadorMD/Downloads/1477-7682-1-PB.pdf>

Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo Destaques e mensagens principais da Recomendação Global para Atendimento Pré-natal de Rotina de 2016 da Organização Mundial da Saúde disponível em:

<https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOOverviewBrieferletterPG.pdf>

Recomendações de OMS 2008-eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf;jsessionid=0A2ECC082F10D3A8B0A6EE5DB5985627?sequence=4

Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005 disponível em:

www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf

Rios, C. T. F; Vieira, N. F. C. (2007). “Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde”. Ciência Saúde Coletiva; 12(2): 477-86.

Rodrigues E.M., Nascimento R.G, Araújo A 2011, Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>

Rocha, Andrade, 2017: Assistência enfermagem nas consultas de pré-natal disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/1153/846>

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo 2010: Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puterperio/manual_tecnicoii.pdf

Silva, J. Co. autor: Lopes, C. & Rafael, G. A (2010), importância das orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais e a realidade encontrada. enciclopédia biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia, vol.6, n.9, 2010 Pág.1, disponível em:

<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010/a/%20importancia.pdf>

Silveira, C. e Ferreira, M. (2011), Autoconceito da Grávida – Factores Associados

Secretaria de Atenção Básica (2005) Pré- natal e puerpério p-18 26/01/2019 15:00 disponível em:

file:///D:/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Serviços de Saúde Reprodutiva (2007) – Caderno de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde.

Santos e Souza (2012, pág. 13) - VIH na gestação disponível em:

<file:///C:/Users/UtilizadorMD/Documents/Downloads/535-3655-1-PB.pdf>

Souza A. Et Filho M. (2003), Diagnostico e tratamento das anemias carências na gestação: consenso e controvérsias, disponível em:

www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n4/18892.pdf

Veredas, F. (2010), A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem - Revista Eletrônica de Ciências - v. 3, n. 2 – 20/01/2019 as 17:00 disponível em:

<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/viewFile/98/211>

Viana R.C. Novaes M.R.G., Calderon I.M. 2011. Mortalidade materna-Uma abordagem atualizada disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf

Weinert, L.S., Silveiro S.P., Oppermann M.L. (2015), Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar, Arq Bras Endocrinol Metab. 2011;55(7):435-45, disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf>

World Health organization: modulo básico. A parteira na comunidade disponível em

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44145/9248546668_1_por.pdf;jsessionid=C6905B7626746ACB7288B548B6A8C8E6?sequence=82

Apêndice

Apêndice I: Cronograma

Meses Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Preparação para pesquisas bibliográfica							
Análise dos conceitos fundamentais							
Elaboração de Guião de Entrevista							
Realização de entrevista							
Entregar pedido de autorização							
Revisão do trabalho							
Conclusão e redação da monografia.							

Apêndice II: Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

Sexo:

Idade:

Habilitações académicas: Bacharel () Licenciado () Mestrado ()

Categoria profissional:

1. Quanto tempo de serviço tem na Delegacia de saúde?
2. Quanto tempo de serviço tem na secção materna?
3. De acordo com a sua experiencia como tem sido a questão de adesão ao Pré-natal?
4. Com o passar do tempo, como tem sido o trabalho do Enfermeiro relativamente ao Pré-natal?
5. Na sua opinião é frequente casos de grávidas que fazem a 1ª consulta com mais de 12 semana?
6. No caso desta situação qual é a conduta do Enfermeiro?
7. Qual a sua opinião sobre a importância do enfermeiro na redução do início tardio de pré-natal?
8. Quais são as dificuldades encontrados pelo Enfermeiro na redução do início tardio de pré-natal?
9. Quais as estratégias utilizados para a redução do início tardio de pré-natal?
10. Quais são as consequências agravantes para a mãe e o bebé fruto do resultado do início tardio de pré-natal?
11. Quais são as implicações para as estruturas de Saúde resultante do início tardio de pré-natal?
12. Na sua opinião há recursos suficientes para reduzir o início tardio de pré-natal?

Apêndice III: Carta pedido de autorização

Tenente
C.
20/06/19.



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

DELEGACIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Telefone-2328528 Fax-2328529/2318926 Caixa postal 331

N/ref. Nº 103/19

Ao Responsável do
Centro de Saúde de Ribeirinha

Assunto: Pedido de Autorização para recolha de informação para realização da monografia do final de curso.

Em referencia ao assunto em epigrafe, vimos por este meio informar que a Sr.^a Odalis Cabral Araújo estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem está autorizada a realizar uma pesquisa no Centro de Saúde de Ribeirinha com objetivo **de analisar a importância do enfermeiro, na redução do inicio tardio do pré-natal.**

Com melhores cumprimentos.

Dr. Elísio Humberto Silva
Clínica Geral
OMCV Nº 342



MINISTÉRIO DA SAÚDE
E DA SEGURANÇA SOCIAL

Mindeio, 26 de junho 2019

Telefone-2328528 Fax-2328529/2318926 Caixa postal 331
Correio electrónico:delsaude@cvtelecom.cv
Rua – Fernandes Ferreira Fortes

Apêndice IV: Termo consentimento livre

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna Odalis Cabral Araújo, n.º3947 pretende realizar um estudo intitulado “_Importância da Enfermagem na redução do início tardio das consultas pré-natal”.

Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá melhorar a perceção dos Enfermeiros sobre o início tardio de consultas de Pré-natal.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

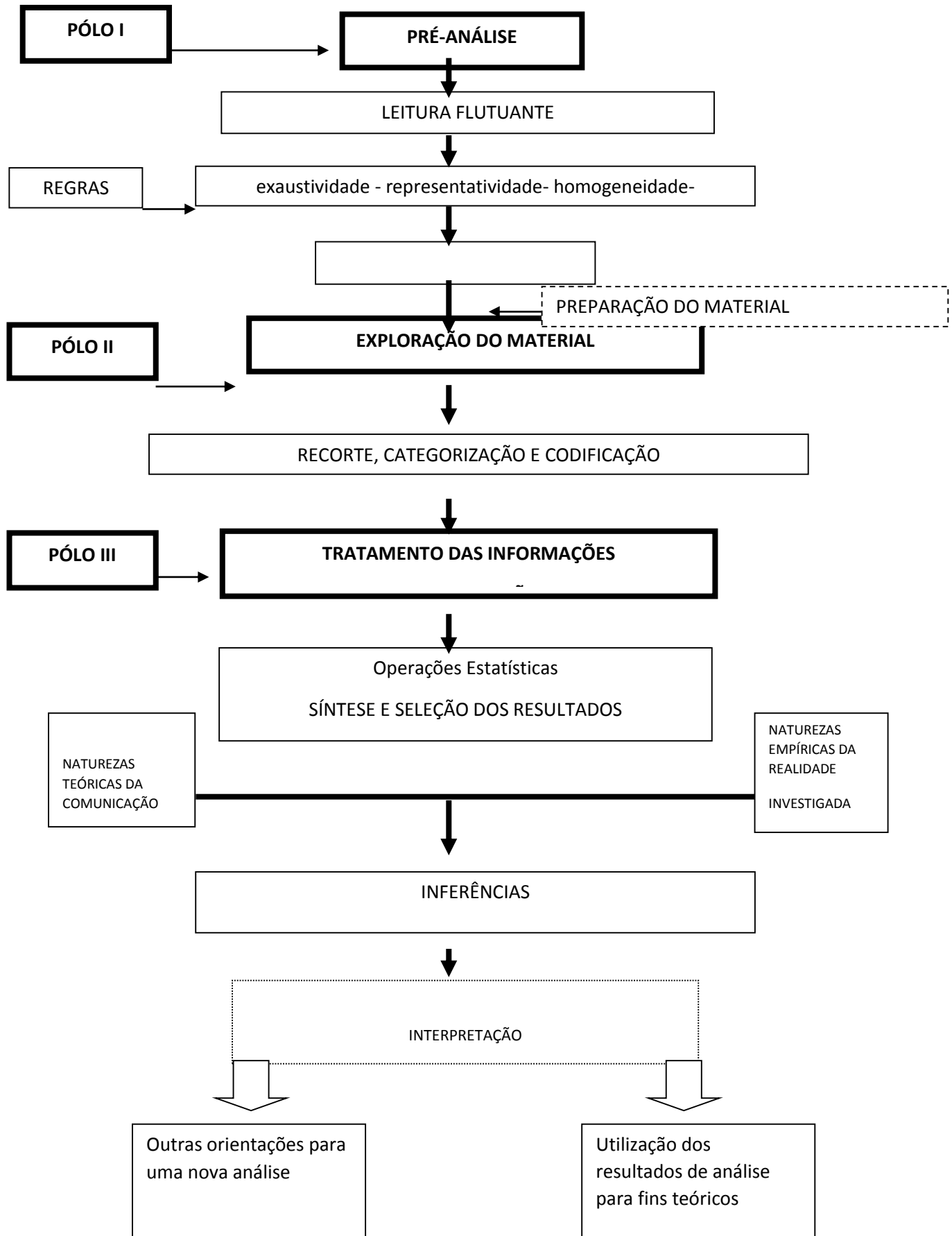
Eu, _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Apêndice V: Plano de organização e análise



Apêndice VI: Interpretações das categorias segundo matriz Bardin (2009)

Tema	Categoria		Sub - categoria	Indicadores/unidades de registos	Unidade de contexto
	<p>Categoria I:</p> <p>Perceção dos enfermeiros do CSR sobre o pré-natal</p>			<p>E 1: Esta melhorando</p> <p>E 2: Esta melhorando</p> <p>E 3: Bom</p> <p>E 4: Fraca</p> <p>E 5: Bom</p> <p>E 6: Bom</p>	<p>E 1: vem melhorando a cada ano.</p> <p>E 2: Vem melhorando com o tempo devido as informações mais complexas no assunto.</p> <p>E 3: Bom.</p> <p>E 4: Fraca adesão.</p> <p>E 5: Muito boa.</p> <p>E 6: de acordo com a minha experiencia, a adesão ao pré-natal tem sido relativamente boa, ou seja, quase todas as mulheres que engravidam procuram o centro de saúde para acompanhamento ou seguimento, embora por vezes aparece mulheres que não fazem pré-natal ou aparecem no final d a gravidez, ou por algum outro problema que aparece durante a gravidez, isso acontece raramente</p>
	<p>Categoria II:</p> <p>Conduta do enfermeiro perante a grávida que inicia o pré-natal com mais 12 semanas</p>			<p>E 1: Sensibilização</p> <p>E 2: Sensibilização</p> <p>E 3: Sensibilização</p> <p>E 4: Sensibilização</p> <p>E 5: Sensibilização</p> <p>E 6: Sensibilização</p>	<p>E 1: Orientar as mulheres através de palestra e abordagem no centro de saúde.</p> <p>E 2: Fazer todos os procedimentos legais e informar a gestante sobre a importância do início pré-natal mais cedo.</p> <p>E 3: Tentar perceber junto as gestantes o motivo para o início tardio de pré-natal.</p> <p>E 4: Promover palestras na comunidade, escolas sobre importância de procurar centro de saúde, fazer sensibilização nas grávidas sobre importância 1ª consulta o mais cedo possível.</p> <p>E 5: Sensibilizar para importância atempada de pré-natal.</p>

					<p>E 6: Caso apareça um pré-natal após 12 semanas é fundamental que o enfermeiro tenha capacidade de informar ou interagir com as gestantes sobre a importância de um início de um pré-natal a tempo e hora e as consequências que um pré-natal tardio pode trazer tanto para a mãe como para o bebê, sensibilizando e conscientizando para que isso não aconteça numa próxima gravidez</p>
	<p>Categoria III:</p> <p>Percepção dos enfermeiros do CSR sobre a importância do enfermeiro na redução do início tardio do pré-natal</p>			<p>E 1: tem mais contato com as gestantes.</p> <p>E 2: Prevenir complicações</p> <p>E 3: Captação e sensibilização</p> <p>E 4: Promoção e prevenção.</p> <p>E 5: Tem mais contato com as gestantes.</p> <p>E 6: Tem mais contado as gestantes, sensibilização</p>	<p>E 1: O enfermeiro tem um papel muito importante na redução do início tardio de pré-natal visto que é o profissional mais próximo do utente e da população.</p> <p>E 2: É de extrema importância no âmbito em que ajuda a gestante a ter conhecimento do seu estado, prevenir certos mal formações no feto, combater anemia.</p> <p>E 3: Captação precoce e sensibilização.</p> <p>E 4: O enfermeiro tem papel importante na promoção e prevenção de risco em que a gestante e o feto estão expostos, também é de extrema importância no atendimento criando o vínculo profissional de confiança.</p> <p>E 5: É importante porque o enfermeiro na maioria das vezes é o primeiro profissional que tem contato com a mulher que se deseja engravidar.</p> <p>E 6: O enfermeiro tem um papel preponderante, nesta área de reduzir o início tardio do pré-natal, tendo em conta que o enfermeiro de saúde publica é que esta mais perto da população e tem mais oportunidades de fazer sensibilização para</p>

					as pessoas de modo que procuram o mais cedo possível a estrutura de saúde para o início do pré-natal, evitando assim consequências a saúde e uma melhor trabalho dos profissionais e de saúde.
	<p>Categoria IV:</p> <p>Dificuldades sentidas pelos enfermeiros do CSR na redução do início tardio do pré-natal</p>			<p>E 1: Identificação Precoce</p> <p>E 1: Abandono Pré-natal</p> <p>E 3: Falta de informação</p> <p>E 4: Falta de adesão</p> <p>E 5: Adolescente com Vergonha</p> <p>E 6: Muitas faltosas</p>	<p>E 1: Identificação precoce pois procuram o serviço de saúde já com algumas semanas de gravidez.</p> <p>E 2: Abandono de consultas de pré-natal, déficit no acesso as grávidas.</p> <p>E 3: A maior dificuldade é na mudança de mentalidade da população porque anteriormente a mulher não sentia na obrigação de fazer pré-natal por não saber a sua importância e ainda muitas mulheres não acham importante iniciar pré-natal antes de 12 semanas porque não viu crescer a barriga.</p> <p>E 4: A falta de adesão das mulheres na consulta pré concepção, falta de aceitação da mulher em planejar uma gravidez.</p> <p>E5: Nos adolescentes com vergonha, nas múltiparas.</p> <p>E 6: Algumas dificuldades encontradas, muitas vezes são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conscientização e mudança de atitudes nas grávidas sobre a importância do seguimento pré-natal. - Aumento do número de faltosos, grávidas que iniciam o pré-natal tardio tem tendência a faltar as consultas agendadas.
	Categoria V:			<p>E 1: Aumento taxa Mortalidade Materno infantil.</p>	<p>E 1: Aumento taxa mortalidade materno-infantil.</p> <p>E 2: Pré-natal menos qualidade, indicador de</p>

	Implicações resultantes do início tardio do pré-natal			<p>E 2: Menos qualidade de trabalho</p> <p>E 3: Pré-natal incompleto</p> <p>E 4: Aumento taxa mortalidade materna e infantil.</p> <p>E 5: Aumento taxa mortalidade materna e infantil.</p> <p>E 6: Desorganização do trabalho de enfermagem</p>	<p>baixa qualidade de trabalho.</p> <p>E 3: Pré-natal incompleto, gestantes não conseguem realizar todos os análises laboratório.</p> <p>E 4: Aumento taxa mortalidade materno e infantil.</p> <p>E 5: Aumento taxa mortalidade materno e infantil.</p> <p>E 6: Para as estruturas de saúde pode haver acúmulo de funções porque atender uma grávida com início tardio, leva muito mais tempo, mais dedicação e sensibilização, Desorganização do trabalho de enfermagem e de outros profissionais, tendo em conta marcação de análises e de outras consultas</p>
--	---	--	--	---	---